

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AMB	USM INFANTO JUVENIL HUESCA	MATEO VALLS ISABEL	2019_1116	F	31/01/2020	CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL
HU	AP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS ENFERMERIA	LALANA CUENCA JOSE MANUEL	2016_0736	F	10/01/2018	TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	AREVALO DE MIGUEL ELISA	2016_1316	S1	15/01/2018	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	REGLA MARIN RAQUEL	2016_1738	S1	30/12/2017	VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	ROYO ROYO SILVIA	2018_0714	F	13/02/2019	MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	BLANCO GIMENO VERONICA	2018_0734	S1	06/03/2019	APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	BLANCO GIMENO VERONICA	2018_0734	S1	07/01/2020	APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN	2018_0849	S1	22/01/2019	VIVIR BAILANDO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN	2018_0849	S2	10/01/2020	VIVIR BAILANDO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR	2019_0379	S1	31/01/2020	MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS
HU	AP	CS ALMUDEVAR	LAFUENTE ARIÑO EVA	2019_0545	F	15/01/2020	PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	F	29/01/2019	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	F	22/12/2017	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MALO GRACIA MARIA ELENA	2016_1279	F	22/12/2017	REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE LOURDES	2016_1348	F	26/12/2017	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2018_0549	F	29/01/2019	REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES	2018_0575	F	19/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD
HU	AP	CS AYERBE	PEREZ GAMAZO VANESSA	2019_0068	F	20/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE
HU	AP	CS BERDUN	GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN	2016_0028	F	27/12/2017	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2016_1246	F	27/12/2017	VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN
HU	AP	CS BERDUN	ASCASO CASTAN MARIA LOURDES	2016_1248	S1	20/12/2017	CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2018_0280	F	05/02/2019	TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
HU	AP	CS BERDUN	BAZTAN OLLETA LAURA	2018_0619	F	13/02/2019	RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2
HU	AP	CS BERDUN	OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL	2018_0625	F	27/02/2019	PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA
HU	AP	CS BERDUN	FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER	2019_0163	F	29/01/2020	TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CS BERDUN	BAZTAN OLLETA LAURA	2019_0870	F	16/01/2020	OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDUN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	F	29/01/2019	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	F	21/12/2017	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOBE PELLICER MARIA	2016_1201	F	27/12/2017	MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			ANGELES				LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOSQUE OROS ANNADEL	2018_0416	S1	25/01/2019	¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CLAVER GARCIA PAULA	2018_0428	F	26/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CLAVER GARCIA PAULA	2019_0327	F	10/01/2020	PASEOS SALUDABLES
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CARRES PIERA MARTA	2019_0409	F	10/01/2020	MAPA: IMPLANTACIÓN Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	F	30/12/2017	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	F	15/03/2019	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS BROTO	DE LOPE ROMEO MARIA	2018_1069	S1	15/03/2019	BAXANDO T'A ESCUELA
HU	AP	CS BROTO	DE LOPE ROMEO MARIA	2018_1069	S2	31/01/2020	BAXANDO T'A ESCUELA
HU	AP	CS BROTO	TORRERO BESCOS YOLANDA	2019_1428	S1	31/01/2020	MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS GRAÑEN	CABELLUD LASIERRA MIRIAM	2016_1275	F	13/12/2017	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS GRAÑEN	GAVIN ANGLADA NATIVIDAD	2016_1275	F	11/03/2019	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS GRAÑEN	ARA LAUNA DOMINGO	2018_1006	F	15/03/2019	SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS GRAÑEN	CABAÑUZ LATORRE MERCEDES	2019_0652	F	20/01/2020	ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES
HU	AP	CS GRAÑEN	QUINTANA VELASCO CARMEN	2019_1403	F	31/01/2020	MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2016_0354	F	07/02/2019	RTEALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2016_0354	F	25/01/2018	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL
HU	AP	CS HECHO	ZUBIAURRE BASSAS PILAR	2016_1139	S1	23/01/2018	TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS
HU	AP	CS HECHO	CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO	2016_1140	S1	22/01/2018	EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO
HU	AP	CS HECHO	GAVIN BLASCO ISABEL	2016_1140	F	06/02/2019	EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS
HU	AP	CS HECHO	PEREZ DEL CASTILLO DANIEL	2018_0583	S1	03/02/2019	CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2018_0584	F	07/02/2019	ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS HECHO	MONTON AGUARON NOELIA	2019_0134	F	14/01/2020	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL C.S. DE HECHO
HU	AP	CS HUESCA RURAL	MERIZ RUBIO JULIA	2018_0774	S2	18/02/2019	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES
HU	AP	CS HUESCA RURAL	MERIZ RUBIO JULIA	2018_0774	S2	24/01/2020	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES
HU	AP	CS HUESCA RURAL	LABARTA PASCUAL MARIANO	2018_1001	S1	07/02/2019	DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL
HU	AP	CS HUESCA RURAL	LABARTA PASCUAL MARIANO	2018_1001	S2	27/02/2020	DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL
HU	AP	CS HUESCA RURAL	DELGADO BAVAI PALOMA	2019_1153	S1	28/02/2020	PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA
HU	AP	CS JACA	MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR	2016_0390	S1	31/12/2017	MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	S1	29/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	F	04/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA
HU	AP	CS JACA	LOPEZ CORTES VIRGINIA	2018_0612	S0	19/02/2019	"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS
HU	AP	CS JACA	LOPEZ CORTES VIRGINIA	2018_0620	F	19/02/2019	ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	ESCANILLA SAMPER MARIA PILAR	2019_0130	F	15/01/2020	TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION
HU	AP	CS JACA SALUD BUCODENTAL	OTO CONDON NOEMI	2019_0176	F	24/01/2020	PROGRAMA DE SALUD BUCO - DENTAL EN LA EMBARAZADA
HU	AP	CS JACA TRABAJO SOCIAL	PEREZ TURRAU ELENA	2016_1146	F	18/12/2017	ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO ADMISION Y DOCUMENTACION	SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE	2016_1714	F	25/01/2018	MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	GABAS GALLEGU GEMMA	2016_0286	F	21/12/2017	CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2016_1138	S1	22/12/2017	PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2016_1138	F	26/02/2019	PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	CHARTE ALEGRE MARIA ELENA	2018_0825	F	06/02/2019	ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR	2018_1169	S1	10/03/2019	FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2018_1504	S2	25/02/2019	"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2018_1504	S2	29/01/2020	"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	VELILLA ALONSO TERESA	2019_1399	F	31/01/2020	ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR	2018_1169	F	30/01/2020	FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	S1	09/01/2018	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	F	27/02/2019	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	PEÑA ARENAS MERCEDES	2016_1143	F	16/03/2018	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ LOMBA BEATRIZ	2016_1311	F	15/02/2018	ESCUELA DE SALUD
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLON FANTOVA ANTONIO	2018_0770	S2	03/01/2020	INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLON FANTOVA ANTONIO	2018_0770	F	27/02/2019	INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS PIRINEOS	ELFAU GRACIA MARIA LAURA	2019_1198	F	17/01/2020	TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO
HU	AP	CS PIRINEOS HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA	ALAYETO GASTON MARIA ANGELES	2018_0114	F	05/02/2019	PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA
HU	AP	CS PIRINEOS HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA	ALAYETO GASTON MARIAN	2019_0032	F	17/01/2020	DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE PARA EL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO
HU	AP	CS PIRINEOS SALUD BUCODENTAL	SASO BOSQUE MARIA JOSE	2016_1451	S1	21/02/2018	TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ
HU	AP	CS PIRINEOS SALUD BUCODENTAL	RIVERO GRACIA YOLANDA	2019_1328	F	31/01/2020	TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE
HU	AP	CS SABIÑANIGO ADMISION Y DOCUMENTACION	CANO SANCHEZ MARGARITA	2016_1530	S2	22/02/2019	SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	S2	24/12/2018	MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							C.SALUD SABIÑANIGO
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	F	27/12/2017	MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)
HU	AP	CS SABIÑANIGO	LORENTE AZNAR TEOFILO	2016_0847	F	17/12/2017	MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	S1	21/12/2017	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	F	13/02/2019	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	CANO SANCHEZ MARGARITA	2016_1530	S1	16/12/2017	SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS SABIÑANIGO	PAZ FREIRE ISABEL	2018_0597	S1	13/02/2019	MI DIETA Y YO
HU	AP	CS SABIÑANIGO	CANO SANCHEZ MARGARITA	2019_0473	F	13/01/2020	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP
HU	AP	CS SABIÑANIGO	GOMEZ TAFALLA BLANCA	2019_0492	S1	15/01/2020	LA SALUD VISITA EL COLE
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2019_0798	S1	22/02/2020	CORAZÓN EN FORMA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	F	25/02/2019	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	S1	19/12/2017	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	S2	20/02/2019	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2016_0840	F	08/02/2018	DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DE JUAN ASENJO JOSE RAMON	2018_0586	S2	26/02/2019	DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DE JUAN ASENJO JOSE RAMON	2018_0586	S2	26/02/2020	DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DOSTE LARRULL DIVINA	2018_0721	S1	11/02/2019	MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DOSTE LARRULL DIVINA	2018_0721	F	31/01/2020	MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS	2019_0149	S1	13/01/2020	OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2019_0627	F	24/01/2020	CHIPANDO A LA VIDA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	LANAO MARTIN ADOLFO	2019_1272	F	04/01/2020	JOVENES AUNQUE SOBRADEMENTE SALUDABLES
HU	AP	CS SANTO GRIAL PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	S1	26/12/2017	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SANTO GRIAL PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	DOSTE LARRULL DIVINA	2016_0936	S1	28/12/2017	ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2016_1145	S1	27/03/2018	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	2018_0743	F	20/02/2019	TALLERES DE SALUD COMUNITARIA
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2018_1054	S0	22/02/2019	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	CS SARIÑENA	LOPEZ COSCOJUELA JAVIER	2019_0927	F	31/01/2020	AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE
HU	AP	CS SARIÑENA FISIOTERAPIA EN AP	GIL GALAN SILVIA	2018_0182	F	06/02/2019	GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA
HU	AP	CS SARIÑENA FISIOTERAPIA EN AP	GIL GALAN SILVIA	2018_0182	F	29/01/2020	GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA
HU	AP	CS SARIÑENA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAL BESCOS MARIA JESUS	2016_0739	F	24/01/2018	PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SARIÑENA PEDIATRIA	VERA BELLA CARMEN	2016_0846	F	28/12/2017	REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS MARIA	2016_1144	F	19/12/2017	TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PEDIATRIA	TERESA				
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2016_1149	S1	25/01/2018	MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1712	F	14/12/2018	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	S1	25/01/2018	MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	F	13/12/2018	MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR
HU	AP	DAP HUESCA	GUILLEN LORENTE SARA	2018_0024	F	09/01/2019	REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	GUILLEN LORENTE SARA	2018_0024	F	30/01/2020	REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2018_0025	S1	08/01/2019	REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2018_0025	F	31/01/2020	REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2018_0336	S1	10/01/2019	PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2018_0336	F	31/01/2020	PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2
HU	AP	ESAD HUESCA	ALEGRE MARTIN ROSA MARIA	2019_1366	F	31/01/2020	IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS ENFERMERIA	LATAPIA LOPEZ CONCEPCION	2019_0682	F	30/01/2020	ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	ARTERO GUILLEN BELEN	2016_0622	F	10/01/2018	PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	GUERRI LLES YOLANDA	2016_0884	S1	15/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2016_0890	S1	10/01/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	SARRIA HERREROS SERGIO	2016_1216	S1	26/02/2018	LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	COARASA ALMENARA LORENA	2016_1316	F	11/03/2019	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	CERECEDA SATUE MARIA PILAR	2016_1322	S1	29/12/2017	MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	GRACIA BERCERO CONCEPCION	2016_1721	F	04/01/2018	CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES	2018_1076	F	01/03/2019	PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	PLANO VIDOSA MARIA PILAR	2018_1094	S1	27/02/2019	INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	ELBOJ SASO MARTA	2018_1223	S1	28/02/2019	MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA	2018_1224	F	25/02/2019	CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	BIARGE RUIZ ARTURO	2018_1391	S2	13/02/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	PLANO VIDOSA MARIA PILAR	2019_0511	F	29/01/2020	INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIIATRIA	ELBOJ SASO MARTA	2019_0582	F	24/01/2020	AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIIATRIA	BEJAR MARIN ENRIQUE	2019_0624	F	30/01/2020	LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIIATRIA	SANZ SANZ HELENA	2019_0886	F	30/01/2020	PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSQUIIATRIA	GARCIA PARDOS ANA MARIA	2019_1212	F	28/01/2020	MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL	SANZ MALUENDA SONIA	2016_0892	F	09/01/2018	CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL	MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL	2018_1082	F	18/02/2019	CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE LARGA ESTANCIA	DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA	2018_1033	S1	14/02/2019	UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2016_0890	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA	2019_1124	F	27/01/2020	EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA	COMPAIRED TURLAN VICENTE	2019_0469	F	21/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA	MONFORTE GASQUE MARIA PILAR	2019_0469	F	03/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA	CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA	2019_0471	F	19/01/2020	MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	MORLANS GRACIA LUCIA	2016_0235	S1	14/01/2018	VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	DOZ SAURA NIEVES	2016_1128	F	20/12/2017	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2016_1373	S1	13/01/2018	ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	LUESMA CASAÑOLA CARMEN	2016_1621	F	25/01/2018	ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTESDEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD	2016_1635	F	16/02/2018	CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2018_0746	F	31/01/2019	DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA	2018_0797	F	23/01/2019	REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	QUILEZ PINA RAQUEL	2018_0799	S1	31/01/2019	MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2019_0027	F	27/12/2019	ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	IBOR MARCUELLO MONICA	2019_0949	S1	10/01/2020	MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA GERIATRICO	SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA	2019_0293	F	30/12/2019	REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA PSQUIIATRIA	GALAN LATORRE LETICIA	2019_0142	F	30/01/2020	IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSQUIIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2018_0261	F	18/01/2019	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		INFORMATICA					DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	LOPEZ GRACIA SIMEON	2016_1607	F	25/01/2018	CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	CALVO PARDO AURORA	2019_0869	F	30/12/2019	MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS PSIQUIATRIA	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	2019_0264	F	29/01/2020	ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	SALGADO GRACIA ANA	2016_0377	F	08/02/2018	PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2016_0601	F	09/02/2018	MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	GARCIA CORTES MONICA	2018_0927	F	24/01/2019	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	CHARTE GASCON MARTA	2018_1009	F	25/01/2019	MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA
HU	HOSP	H JACA MEDICINA INTERNA	PEREZ LORENZ JUAN BLAS	2016_0638	F	30/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ALLER CONDE MARIA	2016_0986	S1	09/02/2018	VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTIN LAHUERTA MARIA	2018_0235	S1	08/02/2019	USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ALLER CONDE MARIA	2018_1282	F	24/02/2019	MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA PEDIATRIA	AGON BANZO PEDRO JESUS	2016_0266	S1	18/12/2017	PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA RADIODIAGNOSTICO	GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL	2016_1557	F	08/01/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA
HU	HOSP	H JACA RADIODIAGNOSTICO	GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL	2018_1162	F	14/03/2019	UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO
HU	HOSP	H JACA URGENCIAS	PALANCA GRACIA EUGENIA	2018_0938	S1	21/02/2019	QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA URGENCIAS	POVEDA SERRANO PILAR	2019_0815	S1	24/01/2020	IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACION DE ATENCION A PACIENTES PEDIATRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL
HU	HOSP	H SAN JORGE ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLAU PUENTE JAVIER	2016_1124	F	14/12/2017	REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLAU PUENTE JAVIER	2018_0546	F	04/03/2019	COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ALERGOLOGIA	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2016_1247	F	15/02/2018	PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS
HU	HOSP	H SAN JORGE ALERGOLOGIA	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2018_0353	F	22/02/2019	RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ALERGOLOGIA	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2019_0632	F	25/01/2020	ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANÁLISIS CLÍNICOS	GARCIA CLAVER AINOHA	2018_0361	F	12/02/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	LLIMIÑANA ORDAS CARMEN	2018_1180	F	27/02/2019	APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S"

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ANALISIS CLINICOS					EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	PUZO FONCILLAS JOSE	2019_0138	F	29/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	2019_0139	S1	07/01/2020	ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGUN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLINICOS Y BIOQUÍMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	VALLES DIEZ IÑAKI	2019_0140	S1	22/01/2020	"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	SEGURA ISARRE MARIA ANGELES	2019_1330	F	15/01/2020	ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AXILIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1759	F	15/03/2019	DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1759	F	13/02/2018	PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA	2016_1760	F	13/02/2018	PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	VIDAL MAYO ANA	2019_0796	F	31/01/2020	TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	CASADO GONZALEZ MARIA PILAR	2019_0823	F	30/01/2020	REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2019_0849	S1	29/01/2020	OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	S1	28/12/2017	TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	F	15/02/2019	IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	ALAMILLO SALAS CLARA	2016_0416	S1	28/12/2017	PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	NAJAR SUBIAS MONICA	2016_0614	S1	31/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2018_0554	S1	18/02/2019	CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	OLIVAN LAFUENTE BLANCA	2018_0588	S1	04/02/2019	REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	NAJAR SUBIAS MONICA	2019_0010	F	14/01/2020	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	CARRION PAREJA JUAN CARLOS	2019_0537	S1	22/12/2019	PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERIA.
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	FERNANDEZ GIL MARTA	2019_1412	S1	13/01/2020	ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	INGLES SANZ CRISTIAN	2016_1741	F	13/02/2018	ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	INGLES SANZ CRISTIAN	2018_0913	S1	16/02/2019	TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA	2018_0914	F	16/02/2019	ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SANCHEZ PRIETO PATRICIA JIMENA	2018_1328	F	12/02/2019	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	INGLES SANZ CRISTIAN	2019_0243	F	31/01/2020	TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SANCHO GRACIA NOEMI IVANA	2019_0337	F	31/01/2020	ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA	2019_0432	F	03/01/2020	CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2016_1063	S1	20/02/2018	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	GRACIA AZNAREZ MARIA	2018_0139	F	01/03/2019	RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	RIVERO FERNANDEZ ELENA	2018_0170	F	10/02/2019	REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	ARTERO BELLO PILAR	2018_0355	F	11/03/2019	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	GRACIA AZNAREZ MARIA	2019_0454	S1	31/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	RIVERO FERNANDEZ ELENA	2019_0873	F	28/01/2020	CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON REALIZACIÓN DEINGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPÓS
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	ARTERO BELLO MARIA PILAR	2019_1379	F	23/01/2020	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SAUDI MORO SEF	2016_0080	S1	18/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPY™; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON	2016_0101	S1	28/12/2017	OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ZAMBRANA CAMPOS VANESA	2016_1027	S1	19/01/2018	MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SAUDI MORO SEF	2018_0200	F	10/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA	2018_1225	F	12/02/2019	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GARCIA DOMINGUEZ MELODY	2019_0857	F	28/01/2020	MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	TALAL EL ABUR ISSA	2019_0858	F	28/01/2020	ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS EN LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2016_0469	S1	26/12/2017	PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	2016_0837	F	30/12/2017	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2018_0236	F	05/02/2019	MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	SANCHO RODRIGO MARTA	2018_0242	F	28/02/2019	APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTHERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PALACIO BARRABES JESSICA	2019_0387	F	19/01/2020	PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		TRAUMATOLOGIA					
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	SANCHO RODRIGO MARTA	2019_0477	F	30/01/2020	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	EZQUERRA HERRANDO LAURA	2019_0745	F	30/12/2019	ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H "SAN JORGE" DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	2019_0781	F	30/01/2020	PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPORÓTICA TRAS FRACTURA DE CADERA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MENDOZA MURO GEMMA MARIA	2019_1493	F	24/02/2020	VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA FERRANDO MARIA PILAR	2019_1494	F	27/02/2020	IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA
HU	HOSP	H SAN JORGE CONTROL DE GESTION	MONTERO ALONSO GEMMA	2019_0569	F	10/01/2020	ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	DEL PRADO SANZ MARIA ELENA	2016_0014	F	21/02/2018	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2016_0103	F	30/12/2017	PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2018_1430	F	25/02/2019	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2019_0640	S1	29/01/2020	CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	PRIETO TORRES LUCIA	2019_0839	F	22/01/2020	CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2016_0118	F	26/12/2017	IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BER NIETO YOLANDA	2016_0205	F	21/12/2017	ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	MONTORO HUGUET MIGUEL	2016_0592	S1	22/02/2018	IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFCY) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2018_0421	F	19/02/2019	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	LAZARO RIOS MARIA	2018_1318	S0	14/03/2019	PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	ESTRADA ONCINS SILVIA	2018_1320	S2	15/03/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	OLIVAN GUERRI LORENZO	2018_1338	F	22/02/2019	OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BELLOC BARBASTRO BLANCA	2018_1344	S2	24/02/2019	DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BER NIETO YOLANDA	2018_1355	F	13/03/2019	ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	ASPURU RUBIO KATTALIN	2018_1399	F	26/02/2019	PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL
HU	HOSP	H SAN JORGE	CAMO MONTERDE PATRICIA	2018_1492	S1	11/02/2019	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		DIGESTIVO					CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	LUE ALBERTO	2019_1155	F	28/01/2020	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BELLOC BARBASTRO BLANCA	2019_1238	S2	20/01/2020	MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	ASPURU RUBIO KATTALIN	2019_1357	F	24/01/2020	PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	MONTOIRO ALLUE RAQUEL	2016_1720	S1	02/01/2018	HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	GIRAL OLIVAN ROSA	2018_0688	F	01/03/2019	ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	BONDIA GIMENO ALFREDO	2018_1401	S1	20/12/2018	GESTION DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR	2019_1024	S1	13/01/2020	PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION DE GESTION	MONTERO ALONSO GEMMA	2016_1558	F	28/12/2017	CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ALTEMIR TRALLERO JARA	2016_0823	S2	02/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE ESTERILIZACION	LAGLERA BAILO LORENA	2019_0914	F	21/01/2020	GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN	2016_0649	F	29/12/2017	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR	2016_0650	F	29/12/2017	CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR	2018_1401	F	14/01/2019	GESTION DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ PILAR	2018_1401	F	29/01/2020	GESTIÓN DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE GERIATRIA	ESCOLANO PUEYO ANGEL	2016_1708	F	28/12/2017	PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE GESTION DE SISTEMAS	MONTERO ALONSO GEMMA	2018_0686	F	28/01/2019	CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2016_1257	F	12/01/2018	IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2016_1761	F	16/02/2018	PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2018_0366	F	22/02/2019	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2018_0366	F	25/02/2019	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2018_1084	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2019_0150	F	30/01/2020	PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MARCO BETES VICTOR	2019_0318	F	27/01/2020	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION
HU	HOSP	H SAN JORGE	LACALLE AICUA LAURA	2019_0698	F	29/01/2020	REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA					SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SECORUN PACO CRISTINA	2019_1373	F	21/02/2020	ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HOSPITALIZACION	FORTUÑO MORANTE LORENA	2019_0306	F	30/01/2020	MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA
HU	HOSP	H SAN JORGE INFORMATICA	PABLO JULVEZ SILVIA	2019_0907	F	21/01/2020	PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE INFORMATICA	VIBAN FORTUNY JESUS	2019_1459	S1	31/01/2020	MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS	2016_0693	F	19/01/2018	PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LANDER AZCONA MARIA ARANZAZU	2016_1087	S1	13/01/2018	PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LABARTA MONZON JOSE LORENZO	2018_0089	F	19/02/2019	MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	CERRO JUNCOSA ANA	2018_0108	S1	17/01/2019	DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	CERRO JUNCOSA ANA	2018_0108	F	20/12/2019	DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	BESCOS VAQUERO SANDRA	2019_0275	F	30/01/2020	HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	EITO ARNAL ANTONIO JOSE	2019_0280	F	17/01/2020	DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LANDER AZCONA ARANZAZU	2019_0556	F	21/01/2020	PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA Sonda URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2016_0292	S1	23/12/2017	UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	OMISTE SANVICENTE TERESA	2016_0411	S1	23/12/2017	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA	2016_0704	S1	29/12/2017	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	NAVARRO PEREZ CLARA	2016_0704	S2	19/04/2018	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	PELAY CACHO RAQUEL	2018_0174	F	27/02/2019	ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2018_0424	F	27/02/2019	DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO	2018_0579	F	27/02/2019	MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	PELAY CACHO RAQUEL	2019_0021	F	30/12/2019	IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	OMISTE SANVICENTE TERESA	2019_0372	F	24/01/2020	ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	ANDRES GARCIA DANIEL	2019_0375	F	30/01/2020	VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2016_0194	F	27/12/2017	MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	SALVATIERRA DOMPER SUSANA	2018_0404	F	26/02/2019	ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	JUSTE GRACIA MARIA BLANCA	2019_0801	F	30/01/2020	CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0072	F	07/02/2019	MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2016_0072	F	01/02/2018	MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2016_0743	F	31/01/2018	INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	S2	08/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	F	31/01/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	F	01/02/2018	PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ARRIBAS GARCIA JORGE	2018_0479	F	07/02/2019	INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CORED NASARRE ROSA	2019_0336	F	17/01/2020	POSTER INFORMATIVO TOMA MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2019_0341	F	08/01/2020	EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LUIS GRACIA ANA	2019_0696	F	17/01/2020	MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS SUPERIORES DE LABORATORIO)
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	FELEZ JUSTES ISABEL	2016_0799	F	25/01/2018	MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	MUNGUIA NAVARRO PAULA	2018_0437	F	04/02/2019	MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	BEIRED VAL INES	2018_1035	F	19/02/2019	VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	FELEZ JUSTES ISABEL	2018_1098	F	20/02/2019	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	MUNGUIA NAVARRO PAULA	2019_0148	F	24/01/2020	IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	FELEZ JUSTES ISABEL	2019_0252	F	27/01/2020	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	BEIRED VAL INES	2019_0290	F	28/01/2020	PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	MARTINEZ BURILLO ALBA	2019_0302	F	29/01/2020	VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE BIOIMPEDANCIA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN	2019_1336	F	31/01/2020	PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEONATOLOGIA	REDOL LABARTA MONTSERRAT	2016_0491	F	21/04/2018	MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUMOLOGIA	GARCIA SAEZ SANDRA	2018_0315	F	23/12/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROFISIOLOGIA CLINICA	PABLO ZARO MARIA JESUS	2018_0473	F	12/03/2019	GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROFISIOLOGIA CLINICA	PABLO ZARO MARIA JESUS	2019_1118	F	08/01/2020	IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	SERAL MORAL MARIA	2016_1007	F	30/12/2017	IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	2016_1009	S1	30/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2018_0279	F	27/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	SERAL MORAL MARIA	2018_0463	F	14/03/2019	PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	TORDESILLAS LIA CARLOS	2019_0203	S1	31/01/2020	APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN NEUROLOGÍA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	GARCIA GOMARA MARIA JOSE	2019_0553	F	07/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	ARTAL ROY JORGE	2019_0731	F	30/01/2020	OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAG CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2019_0969	F	30/01/2020	CREACIÓN DE PERFILES ANALÍTICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGÍA DE HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	2019_1347	F	29/01/2020	PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGIA CEREBROVASCULAR
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CAMPO LEYRE	2016_0042	F	28/12/2017	CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAFALLA BERNAD OLIVIA	2016_0047	F	26/12/2017	CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ ARAGON MONICA	2016_0092	F	30/12/2017	CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO PEREZ RAQUEL	2018_0418	S2	15/02/2019	INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2018_0447	F	11/02/2019	IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OBON CASTEL BEATRIZ	2018_0450	F	16/02/2019	AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CAMPO LEYRE	2018_0595	F	11/02/2019	PROTOCOLO DE PREDICION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MACHIN RICOL MARIA PILAR	2019_0246	S1	18/01/2020	IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTIN TARIFA LAURA	2019_0269	S1	19/01/2020	VIA CLINICA PARTO NORMAL
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BELLOC GARCIA MARIA JOSE	2019_0296	F	23/01/2020	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO PEREZ RAQUEL	2019_0301	S2	30/01/2020	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ZABAU FERMOSELLE JARA	2019_0546	S1	29/01/2020	INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESÁREA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HJH HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ALLER CONDE MARIA	2019_0770	F	30/01/2020	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ABAD RUBIO CRISTINA	2019_0813	F	29/01/2020	EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2016_1285	S1	30/12/2017	IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2016_1285	F	01/02/2019	IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	SOLER MACHIN JAVIER	2016_1653	S1	30/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	SOLER MACHIN JAVIER	2016_1653	F	12/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA	2016_1656	S1	30/12/2017	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA	2016_1656	F	06/03/2019	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2018_0330	F	20/02/2019	CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2019_0802	F	01/02/2020	COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	ARA GABARRE MIRIAN	2019_0851	F	30/01/2020	CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA	FERNANDEZ RUIZ ALEXIA	2018_1517	F	26/02/2019	OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA	MADANI PEREZ JULIA	2018_1519	F	21/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA
HU	HOSP	H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA	MADANI PEREZ JULIA	2019_0353	F	29/01/2020	CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERA TOLOSANA SILVIA	2016_0089	F	26/12/2017	IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERA TOLOSANA SILVIA	2018_1567	S1	26/02/2019	INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	GASCON RUBIO MARIA CRISTINA	2018_1568	S1	26/02/2019	MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	GASCON RUBIO MARIA CRISTINA	2018_1568	S3	31/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	FONTANA CALVO MARIA ISABEL	2019_1240	F	31/01/2020	REVISIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES	2019_1242	S2	31/01/2020	ACTUALIZACIÓN EN EL PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA Sº DE ORL- HSJ HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CALVO AGUILAR MARIA JOSE	2016_0027	S1	17/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CONGOST MARIN SOFIA	2016_0031	F	23/01/2018	TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2016_0243	F	12/01/2018	INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2016_0476	S1	15/01/2018	IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2018_0278	F	06/02/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2018_0283	S1	06/03/2019	ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	SANCHO GRACIA ELENA	2018_0359	F	14/03/2019	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ABIO ALBERO SONIA	2018_0753	S1	19/02/2019	DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ABIO ALBERO SONIA	2018_0753	F	31/01/2020	DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CONGOST MARIN SOFIA	2019_0418	F	31/01/2020	FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	LOPEZ UBEDA MARTA	2019_0630	F	31/01/2020	REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRY

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE POOL ENFERMERIA	ABADIA EZQUERRA CARLOS	2016_0136	F	15/12/2017	WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA	CARCELLER TEJEDOR AMAYA	2016_1280	F	10/02/2018	ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA	MORER BAMBA BARBARA	2018_0115	F	07/02/2019	MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA	MORER BAMBA BARBARA	2019_0106	F	27/01/2020	ABORDAJE PSICOLÓGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	CAJA BUETAS ROSA MARIA	2016_0278	S2	16/02/2018	PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	LOPEZ BERNUES RICARDO	2018_0681	F	06/02/2019	COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	2018_0696	F	04/02/2019	VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	ESTRADA FERNANDEZ MARIA EUGENIA	2019_0538	F	04/01/2020	MEJORA EN GESTIÓN DE PROCESOS: ELABORACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE QUIROFANOS	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2018_0564	F	11/01/2019	IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	S1	31/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIAS AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	F	08/03/2019	LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	MARQUINA MARTINEZ DIANA	2019_0181	F	12/01/2020	CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	BORIA ALEGRE ALVARO	2019_0311	F	19/01/2020	INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	MONTEJO GAÑAN INMACULADA	2019_1394	F	31/01/2020	MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	MORALES BALIEN SANTIAGO	2016_1397	S1	24/01/2018	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PATOLOGIA MAMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	AZANZA PARDO JORGE	2018_1053	F	25/02/2019	PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE	2018_1145	F	20/02/2019	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	ALBAS TIERZ NURIA	2018_1343	F	25/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE	2019_0213	F	30/01/2020	DESARROLLO DE INFORMACIÓN ANTES DE LA RECEPCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	AZANZA PARDO JORGE	2019_1352	F	30/01/2020	INFORMATIZACIÓN DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE SUPERVISION DE ENFERMERIA	NAVARRO PEREZ CLARA	2016_0704	F	13/03/2019	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	SERON ARBELOA CARLOS	2018_0070	F	16/01/2019	INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	MENDOZA MURO GEMMA	2018_0086	S1	29/01/2019	HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION

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

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

Número de memorias: 426 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DE LA UNIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE UNIDAD DEL DOLOR	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2019_0877	F	21/01/2020	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE UNIDAD MATERNO-INFANTIL	LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL	2019_0854	S1	21/01/2020	VIA CLINICA CESAREA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MUÑOZ PINTOR MANUEL	2016_0007	F	20/02/2018	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO	2016_1292	F	26/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2018_0292	F	01/02/2019	JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA ROSARIO	2018_0509	F	19/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA ROSARIO	2018_0509	F	10/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	BLESA CLAVERO ELENA	2018_0694	S2	05/02/2019	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MILLAN ACERO ANA ROSA	2018_0972	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA	2018_1036	F	26/02/2019	PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN	2019_0544	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MEJIA ESCOLANO DAVID R	2019_0730	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	TEJEDOR MENDEZ REBECA	2019_1466	F	29/01/2020	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GUIOTE PARTIDO INGRID	2016_1259	S1	15/12/2017	PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2016_1286	F	13/02/2018	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GARCIA RUIZ RAMIRO	2016_1291	F	13/02/2018	ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2018_0510	F	05/02/2019	OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GARCIA RUIZ RAMIRO	2018_0515	F	05/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	BONO ARIÑO ARACELI	2019_0719	F	30/01/2020	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GARCIA RUIZ RAMIRO	2019_1485	F	31/01/2020	OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO
HU	OT	DAP HUESCA	RIVERA FUERTES ANA MARIA	2016_1712	S1	25/01/2018	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

1. TÍTULO

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL MATEO VALLS
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM INFANTO JUVENIL HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA
PLANO VIDOSA MARIA PILAR
JAIME ALLUE REYES
MATA TORNIL ELENA
BUIL LORIENTE TERESA
ESPARZA MARTINEZ MAGDALENA
ASPIROZ GUILLEN EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones grupales, estas han consistido en:

- Decidir el título de la revista, para ello los usuarios proponen varias propuestas y ellos mismos mediante votación eligen el título: "El saludo" (nombre que eligieron como título de la revista).
- Realizar la portada, en vez de elegir un modelo, se elaboró entre todos, para ello cada usuario pinto un mándala y posteriormente recortaron el mándala en 4 partes, para así formar un mándala grande formado por los diferentes trozos de cada uno.
- Concluir que temas se quieren poner en la revista y quién los quiere realizar
- Redactar y elaborar temas en común contando experiencias, vivencias y opiniones. Temas comunes, por ejemplo, el de juegos de antes, entrevistas, o el de pasatiempos, adivinanzas y humor.

Se han llevado a cabo sesiones individuales:

- Para redactar y elaborar temas concretos que querían realizar individualmente, temas como el de ciencia, construcción, hoja parroquial entre otros.
- Transcribir la información del papel al soporte informático (ordenador, Word), para ello a muchos de los usuarios se les ha enseñado el manejo de ordenador y Word.

El personal responsable de este proyecto, ha terminado de dar formato a la revista y se han pedido presupuestos en diferentes imprentas de Huesca y Zaragoza.

Se está terminando de recopilar los consentimientos, ya que muchos de los usuarios están tutelados, para así poder llevar a cabo la publicación y poder imprimir la revista y posterior difusión tanto en papel como electrónicamente.

Destacar que se están realizando sesiones sobre diferentes temas para publicar en una posible 2ª revista. La duración de este proyecto era desde febrero del 2019 hasta febrero del 2020, la difusión de la revista se ha retrasado, pero se espera conseguir en este mes de febrero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal de este proyecto era conseguir crear una revista y se ha conseguido; también era como objetivo su posterior difusión, pero el obtener los diferentes consentimientos, ya que muchos de los usuarios están tutelados, ha retrasado esta difusión, pero que se espera en este mes conseguirlo.

Con el objetivo de crear la revista se han conseguido varios objetivos específicos que se habían planteado de los cuales se han logrado:

- Adherencia a la actividad, ya que los últimos meses, al estar consiguiendo los consentimientos y dando formato a la revista, no se han realizado sesiones grupales y los usuarios preguntan por la actividad de revista, ya que es una cosa que le gusta, y como se ha comentado ya se está recopilando información para una posible 2ª revista.
 - Se ha conseguido que fuera una actividad motivadora, ya que han participado un gran número de usuarios del centro.
 - Se han estimulado con este proyecto capacidades cognitivas de atención y concentración, memoria, lenguaje y fluidez verbal, ya que les han tenido que recordar vivencias, experiencias, fluidez verbal para expresar tanto de forma oral como escrita y concentración para realizarlo.
 - La participación en grupo, una cohesión, formado la portada en conjunto, poniéndose de acuerdo sobre temas o sobre preguntas para realizar una entrevista.
 - Aprender el manejo del ordenador y de Word, se ha potenciado que se familiaricen con la informática y a escribir en soporte informático por parte de algunos usuarios.
- De los objetivos específicos que se plantearon y hasta el momento no se han podido alcanzar pero que se esperan alcanzar en el próximo mes han sido:

- Divulgación en la comunidad/CRP
- Dar visibilidad

Estos objetivos hasta el momento no se han conseguido por los problemas que hemos tenido para la difusión que se han comentado al principio, también cabe destacar que nos faltaría financiación para difundir la revista

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

1. TÍTULO

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

en papel, si no la difusión se realizara solo en formato electrónico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, se ha observado que ha sido positivo retomar esta actividad que ya se había realizado con anterioridad hace años, en el que han participado un gran número de usuarios del centro y han estado contentos en el proceso de realización.

La primera revista ha costado más tiempo del que creíamos realizarla, pero el equipo pensamos que una vez que ya hemos conseguido dar un formato y obtener los consentimientos, el proceso para crear posteriores revistas resultaría más fácil y rápido.

Sería aconsejable seguir haciendo esta actividad, ya que les motiva y conlleva beneficios para ellos (ser un medio de expresión, estimular capacidades cognitivas, el trabajo en equipo...).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título
CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

Autores:
MATEO VALLS ISABEL, DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA, PLANO VIDOSA PILAR, JAIME ALLUE REYES, MATA TORNIL ELENA, BUIL LORIENTE TERESA, ESPARZA MARTINEZ MAGDALENA, ASPIROZ GUILLEN EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las personas con trastorno mental grave sufren trastornos psiquiátricos que conllevan la presencia de pérdida de interés y motivación, dificultades en la interacción con otros, enlentecimiento del pensamiento, falta de fluidez verbal, aislamiento social y dificultades para expresar sus emociones. Como parte del proceso de rehabilitación psicosocial la creación, elaboración y posterior difusión de una revista pretende potenciar y desarrollar esta pérdida de destrezas y habilidades mencionadas y favorecer asimismo la interacción, integración y participación social y la comunicación (áreas que también están afectadas en ésta población) intentado realizar de esta manera una actividad gratificante para ellos y que les pueda resultar motivadora.

En la actualidad, la informática tiene gran importancia, y con esta actividad se les permitirá también el acceso y aprendizaje de los programas básicos de informática, para poder transcribir la información en soporte informático que les permitirá a su vez mayor integración social y en la comunidad.

La evidencia demuestra la eficacia terapéutica de trabajar en grupo, dando así oportunidades a la socialización, además con este proyecto todos los componentes del grupo van a tener un objetivo común, como es crear una revista.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal conseguir crear una revista y su posterior difusión, aumentando así la autoestima y satisfacción de poder crear un medio en el que puedan expresar y comunicar (conocimientos, vivencias, sugerencias, opiniones...).

Objetivos específicos que se esperan lograr:

- Conseguir adherencia a la actividad.
- Motivar por retomar una actividad que se realizaba hace años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

1. TÍTULO

CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

- Estimular las capacidades cognitivas de atención/concentración, memoria, lenguaje y fluidez verbal.
- Potenciar la participación en grupo y las relaciones sociales
- Mantener y/o mejorar la capacidad de expresión tanto escrita como oral.
- Fomentar el trabajo en equipo para elaborar secciones de la revista de forma común, para elegir título, portada y dar formato a la revista.
- Potenciar y/o enseñar la capacidad para escribir en el ordenador.
- Divulgación en la comunidad /CRP
- Dar visibilidad en otros aspectos

Población diana; usuarios ingresados en la unidad de larga estancia y psicogeriatría del CRP Santo Cristo de los Milagros con motivación e iniciativa de participar; y en los usuarios que se observe que la capacidad de expresar o comunicar este deteriorada o sea necesario preservar o potenciar.

MÉTODO

Actividad terapéutica para crear una revista elaborada por usuarios del CRP.

La actividad se lleva a cabo con una frecuencia de 1-2 veces por semana en sesiones de 90 minutos.

Realizando sesiones grupales con todos los participantes, sesiones de grupos más reducidos dependiendo temáticas, o sesiones individuales.

Cada sesión estará dirigida por el equipo de psiquiatría, terapia ocupacional y personal de enfermería.

La revista se comenzará creando primero recopilando la información en soporte de papel y posteriormente se transcribirá en soporte informático.

INDICADORES

La adherencia y seguimiento de participación en la actividad a los 6 y 12 meses.

Grado de satisfacción al finalizar el programa

DURACIÓN

Inicio febrero 2019 y finalización en febrero del 2020

OBSERVACIONES

- Se realizará este proyecto en una sala del centro con mesas y sillas, pizarra y buena iluminación.
- Se utilizará diferentes ordenadores del centro disponibles para transcribir la información.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL LALANA CUENCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
PLANO VIDOSA PILAR
ARTERO GUILLEN BELEN
LANAO MARTIN ADOLFO
ELBOJ SASO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1ª FASE DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2016:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Colaboración con la escuela de artes aplicadas para el diseño del libro
4. Taller de cocina creativa mensual
5. Taller de lectoescritura mensual
6. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
7. Búsqueda activa de financiación.
8. Búsqueda de espacios normalizados donde dar visibilidad al proyecto

2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:

1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
2. Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas
Tareas administrativas
Reflexiones/introspección
3. Taller de cocina creativa y fotografía mensual
4. Reuniones con colaboradores externos: Escuela de Arte, medios de comunicación, sector hostelería.
5. MAYO 2017: Presentación del proyecto a la comunidad, realizado en centro socio-cultural

3ª FASE DE JULIO A DICIEMBRE DE 2017:

1. Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
2. Reuniones semanales con colaboradores externos: Escuela de Arte, Gráficas Barbastro
3. JULIO 2017: Se entrega el libro a gráficas para su impresión
4. SEPTIEMBRE: Presentación oficial del libro en el salón de Actos de la Diputación Provincial de Huesca
5. OCTUBRE DE 2017: Presentación del Libro en Pamplona
6. DICIEMBRE DE 2017: Presentación del libro en Barbastro
7. Evaluación final del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grado de cumplimiento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones del equipo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas x 100
Nº de reuniones previstas
Reuniones realizadas: 35
RESULTADO: 100%

EXISTENCIA DEL LIBRO: VALORACIÓN DICOTÓMICA: SI/NO
RESULTADO: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con esta experiencia se pretende trabajar la recuperación de las personas con enfermedad mental con nuevas iniciativas creativas. Uno de los principales objetivos ha sido establecer un taller de escritura-terapia como terapia habitual en el CRP Santo Cristo de los Milagros, método que pretende ayudar a forjar el autoconocimiento de las propias emociones de cada persona, con el fin de que module sus propósitos de vida, reencuentre su norte y se aproxime a un proyecto de vida satisfactorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Objetivos específicos trabajados con los pacientes: la recuperación de habilidades en pacientes con trastorno mental grave a través de las terapias creativas, tales como:

Compromiso con la tarea
Planificación y toma de decisiones
Aumentar la autoestima
Cooperación y trabajo en equipo
Interés por el resultado final de la tarea
Estímulo de los sentidos
Mejorar la calidad de vida
Crecimiento personal

Objetivos en la sociedad: Lucha contra el estigma de la enfermedad mental, dando visibilidad y voz a los pacientes. Ofreciendo a la sociedad el fruto de un trabajo. Todo esto nos aleja de su patología, presentándose ante la sociedad como personas válidas y capaces.

7. OBSERVACIONES.

Aspectos a mejorar: Creemos que la información de las iniciativas de calidad ha llegado con dificultad, respecto a la selección de los proyectos, formar parte del contrato de gestión, plazos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/736 ===== ***

Nº de registro: 0736

Título
TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LANA O MARTIN ADOLFO, PLANO VIDOSA PILAR, MORCILLO GRANADO ISABEL, ARTERO GUILLEN BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

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

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora "Creación de un taller de escritura-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA: "edición de un libro de recetas de cocina", desarrollado en este centro en el año 2015. La creatividad y las distintas artes expresivas puede resultar una magnífica terapia rehabilitadora para aquellas personas que sufren un trastorno mental severo y persistente como la esquizofrenia (Atkinson y Wells, 2000). Con este proyecto se ha conseguido establecer un taller de escritura-terapia como terapia habitual en el CRP Santo Cristo de los Milagros. Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida. Tos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, quedó pendiente la edición física del libro por problemas de financiación Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, con un doble objetivo: Materializar la edición del libro Marcar nuevos objetivos de trabajo con los pacientes y hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general:
Facilitar la palabra a las personas que sufren una enfermedad mental y crear espacios de integración real;

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

una integración que implique la construcción de una nueva identidad más allá de la noción de la enfermedad.

Objetivos específicos:

Ser un proyecto concreto y con un resultado objetivo: edición del libro
Crear un espacio que fomente la expresión libre y la comunicación a través de la realización de actividades artísticas: taller de cocina creativa, taller de lectoescritura
Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador
Debe ser reconocido socialmente por el paciente, sus familiares y su entorno.
Trabajar los aspectos más afectados en cada persona
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

MÉTODO

1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos
2. Búsqueda activa de financiación.
3. Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
4. Taller mensual de cocina creativa: dirigido por los pacientes
5. Taller mensual de fotografía y lectoescritura (trabajo cognitivo)
6. Participación con la escuela de artes aplicadas en el diseño y edición del libro.
7. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros
8. Presentación en sociedad del libro por parte de los pacientes.

INDICADORES

1. Grado de Cumplimento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

- Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.
2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios) al inicio y al término del proyecto.
3. Edición del libro

DURACIÓN

El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.

1ª FASE DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2016:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Colaboración con la escuela de artes aplicadas para el diseño del libro
4. Taller de cocina creativa mensual
5. Taller de lectoescritura mensual
6. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
7. Búsqueda activa de financiación.
8. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos del 2016 por parte del responsables del proyecto

2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:

1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
2. Dos sesiones mensuales de ejecución de las tareas consensuadas

Tareas administrativas

Reflexiones/introspección

3. Taller de cocina creativa y fotografía mensual
4. Creación por parte de los usuarios de la portada y contraportada
5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2017 por parte del responsables del proyecto

3ª FASE DE JULIO A OCTUBRE DE 2017:

- Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
- Búsqueda de espacios normalizados donde dar visibilidad al proyecto
- Presentación oficial del libro (por parte de los pacientes)
- Evaluación final del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

*** ===== **

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: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ELISA AREVALO DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

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 permeabilización de vías aéreas, Drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilización de musculatura caja torácica y abdominodiafragmática. Ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Valor de Indicadores

Indicador de seguimiento.
Modificación habito tabáquico.
Disminución de reagudizaciones bronquiales a los 12 meses.
Grado de satisfacción.

Objetivos esperados

Buena adherencia al taller.
Sin cambios con respecto a habito de fumar.
A los 4 meses ha habido un ligero descenso del numero de reagudizaciones de los participantes.
Alto grado de satisfacción de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la actualidad de los 30 paciente diagnosticados de EPOC y/o fumadores y subsidiarios de participar en el proyecto solo se han incorporado de forma habitual 8 pacientes. Es decir, entre un 20-25% de los pacientes potenciales. Esperamos que en las próximas semanas se lleguen a incorporar hasta un máximo de 15 pacientes. El inicio de la actividad fue más lento del esperado ya que las características propias psicológicas de los pacientes hacen más difícil la incorporación de actividades novedosas a sus rutinas habituales. Dado lo cual la incorporación al taller de nuevos paciente fue mas progresiva y gradual de los esperado. Tras el periodo de adaptación han sido los mismos pacientes los que se encargan de dirigir el ritmo y desarrollo de algunas de las actividades tales como la relajación y los ejercicios de "clapping". Inicialmente el taller fue diseñado para una duración de 30 minutos, si bien los mismos pacientes a los 20 minutos presentaban perdida de atención y abandono de la sala por lo que se decidió a cortar los tiempos de la sesión a 20 minutos.

7. OBSERVACIONES.
Debido a los traslados de enfermería se incorporaron al proyecto Dña Lorena Coarasa Almenara enfermera Especialista en Salud Mental y Dña Isabel Casasus Escuer Enfermera especialista en Salud Mental.

El taller se enriquecería si al equipo se incorporara un fisioterapeuta y un monitor de actividad física con el objetivo de fomentar actividades que permitan desarrollar y mejorar la capacidad cardiorespiratoria, y 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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. 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
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 cooximetro: 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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

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 - 2016/1738

1. TÍTULO

VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE RAQUEL REGLA MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA NOCITO LOURDES
ATARES OTIN MARIA PAZ
CERDAN LANERO CRISTINA
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
MARIN PRADOS EDUARDO
ZUBIAUZ PEREZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TAL COMO SE INDICÓ EN EL CRONOGRAMA, EL PROYECTO SE ENCUENTRA EN FASE DE RECOGIDA DE DATOS. HASTA LA FECHA HAY UN TOTAL DE 22 REGISTROS.
DADO EN NÚMERO REGISTRADO MENOR DE LOS ESPERADO, SE HA DECIDIDO PROLONGAR UNOS MESES MÁS LA RECOGIDA DE DATOS A LA VEZ QUE SE PLANTEARÁ LA POSIBILIDAD DE ORGANIZAR CHARLAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, Y HACERLAS EXTENSIBLES TANTO A PERSONAL DE RESIDENCIAS, COMO A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, INSTITUCIONALIZADOS O NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN 2017, LOS PACIENTES EN RIESGO DE CAÍDA (MAYORES DE 65 AÑOS) QUE ENGLOBAN EL CENTRO DE SALUD DE ALMUDÉVAR SON UN TOTAL DE 1371.
SE HAN PRODUCIDO UN TOTAL DE 22 CAÍDAS, CON LO QUE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS ES DE 1.6%
DE ESTOS 22 PACIENTES, UN 40.9% SE HAN PRODUCIDO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS, Y UN 59.1% EN NO INSTITUCIONALIZADOS, SIENDO LA AMPLIA MAYORÍA COMO CONSECUENCIA DE FACTORES EXTRÍNSECOS (RESBALONES O TROPIEZOS CON MOBILIARIO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES POSIBLE QUE HAYA HABIDO CIERTO SESGO EN LA COMUNICACIÓN DE CAÍDAS LEVES POR PARTE DEL PERSONAL DE LAS RESIDENCIAS UNA VEZ CONOCIDA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.
SE REALIZARÁ UNA ENCUESTA A PERSONAL DE RESIDENCIA PARA COMPROBAR GRADO DE CONOCIMIENTOS EN MANEJO DE CAÍDAS, ADEMÁS DE EXTENDER LA CHARLA A PERSONAL Y PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.
EN LA PRÓXIMA MEMORIA DE SEGUIMIENTO, SE ENVIARÁ UN RESULTADO COMPLETO CON LOS INDICADORES DEFINITIVOS.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1738 ===== ***

Nº de registro: 1738

Título
VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Autores:
REGLA MARIN RAQUEL, ZUBIAUZ PEREZ JOSE, CERDAN LANERO CRISTINA, FERNANDEZ IZARBEZ MAR, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, BOSQUE GARCIA LAURA, ABADIA NOCITO LOURDES, ATARES OTIN PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Traumatismo (Caídas/Contusión)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de actividades preventivas

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1738

1. TÍTULO

VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Entendemos por caída la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. Puede clasificarse como accidental, debida a factores extrínsecos; o no accidental, generada por factores intrínsecos (alteraciones en nivel consciencia, problemas aparato locomotor, patologías y tratamientos crónicos...). Debido a estos múltiples factores y a que no todas las caídas obedecen a una única causa, es necesario actuar de manera preventiva y multidisciplinar en todas ellas para evitar consecuencias que impliquen mayor deterioro de calidad de vida del paciente, aumento de tasas de morbimortalidad e incremento del gasto sanitario.

Se estima que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 años sufren una caída al año, lo que supone un importante problema de salud pública, generando como consecuencia discapacidades temporales o permanentes, o empeoramientos en su estado de salud y necesidades de nuevos cuidados o tratamientos. La incidencia anual de personas que sufren caída en la comunidad es del 30-35%, aumentando hasta edl 40% en personas institucionalizadas. Del 20 al 30% de las caídas presentan lesiones de moderadas a graves. En el caso del área de salud perteneciente al Centro de Salud de Almudévar, hay asignadas 4 residencias a los cupos del equipo de Atención Primaria, sumando unos 200 residentes aproximadamente. Estas residencias, de gestión privada, cuentan con personal auxiliar, pero no de enfermería o medicina (excepto una de ellas), por lo que quizá podrían existir deficiencias de conocimiento de manejo de estos pacientes y situaciones entre su personal.

RESULTADOS ESPERADOS

1. GENERAL: Disminuir la incidencia de caídas y sus consecuencias posteriores en pacientes institucionalizados.
2. ESPECÍFICOS:
 1. Identificar los factores de riesgo que provocan caídas en pacientes mayores de 65 años.
 2. Valoración de riesgo de estas caídas analizando las causas más frecuentes y compararlas con las caídas en la comunidad, viendo las consecuencias tanto de manejo como de cuidados posteriores.
 3. Implementar estrategias de mejora para la prevención y manejo de pacientes con potencial riesgo de caída.

MÉTODO

1. Creación de una hoja de registro de fácil cumplimentación para posterior elaboración de base de datos y análisis estadístico de la misma para conocer situación actual en el entorno.
2. Una vez obtenidos resultados, elaborar las actividades necesarias para la mejora de la seguridad de los pacientes, del entorno y control de los factores de riesgo.

INDICADORES

1. Incidencia de caídas: N° de caídas / Pacientes totales institucionalizados x100
2. Incidencia de caídas de pacientes en riesgo: N° caídas de pacientes en riesgo / pacientes en riesgo de caída x100
3. Incidencia de lesiones de gravedad: N° lesiones moderadas-graves / total de caídas x 100
4. incidencia de lesiones leves y contusiones: N° contusiones / total de caídas x100
5. Incidencia de caídas en domicilio vs residencias: N° caídas domicilio / caídas totales x 100 y N° caídas residencias / caídas totales x 100
6. Incidencia de caídas por situación funcional: N° caídas Barthel <90 / caídas x100

DURACIÓN

1. Primera fase: elaboración cuestionario e inicio recogida de datos. Agosto 2017
2. Segunda fase: análisis estadístico de datos. Enero 2018
3. Tercera fase: elaboración e implementación de estrategias e intervenciones a realizar. Febrero 2018
4. Cuarta fase: nueva recogida de datos y evaluación estadística para comprobación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

1. TÍTULO

MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 13/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUBIAUZ PEREZ JOSE
JUSTES ABIOL ANA LIDIA
GROS CACHO ELENA
ATARES OTIN MARIA PAZ
VISA GONZALEZ ISABEL
ABADIA NOCITO LOURDES
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo se realizó un cartel detallando los pasos a seguir en la exploración del pie diabético que se colgó en las consultas del centro de salud y en la de los consultorios locales.
En septiembre realizamos tres sesiones a las que acudieron los profesionales de enfermería, salvo los que se encontraban de vacaciones.
En noviembre volvimos a reunirnos para revisar el cuadro de mandos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos llegado al objetivo ya que el 72% de los pacientes tiene la revisión del pie diabético realizada.
La fuente es el cuadro de mandos que va actualizando los datos periódicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados pueden mejorar mucho todavía, sobretodo en algunos cupos, ya que hemos sufrido cambios de personal, bajas,..., que siempre influyen en entorpecer el avance positivo.
El proyecto es sostenible y ayuda a que la consulta de enfermería sea más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/714 ===== ***

Nº de registro: 0714

Título
MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ROYO ROYO SILVIA, ZUBIAUZ PEREZ JOSE MARIA, GROS CACHO ELENA, ABADIA NOCITO LOURDES, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA POSIBILIDAD QUE UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS DESARROLLE UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO ES DE UN 15% Y UN 25%.
LAS ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO SON LA PRIMERA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y LA AMPUTACIÓN, SU PRINCIPAL COMPLICACIÓN.
MUCHOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONOCEN QUÉ ES UNA ÚLCERA Y CÓMO PUEDE LLEGAR A AFECTAR A SU CALIDAD DE VIDA. UNA FORMA DE DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE QUE NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA DESARROLLE UNA ÚLCERA, SERÁ INFORMAR Y CONCIENCIAR A LOS DIABÉTICOS SOBRE EL AUTOCUIDADO, SIGUIENDO UNAS PAUTAS DE PREVENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

1. TÍTULO

MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

ESPECÍFICAS.

RESULTADOS ESPERADOS

- MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO.
- MEJORAR LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
- DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA VASCULAR, NEUROPÁTICA Y SU DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA.
- IMPLICACIÓN DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

MÉTODO

_REALIZAR SESIÓN CLÍNICA :

- .DE LA INSPECCIÓN DEL PIE DIABÉTICO
- .DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PIE DIABÉTICO.
- .DE LA EXPLORACION VASCULAR. TÉCNICA DOPPLER.
- .DETECCIÓN DEL RIESGO DEL PIE DIABÉTICO. VALORAR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO Y REALIZAR LA EXPLORACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO.
- .DEL REGISTRO DE DATOS.
- .DEL USO DEL CUADRO DE MANDOS.
- _REALIZACIÓN DE UN CARTEL POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, DETALLANDO LOS PASOS A SEGUIR EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESTE CARTEL ESTARÁ COLGADO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, TANTO DEL CENTRO DE SALUD COMO DE LOS CONSULTORIOS LOCALES.

INDICADORES

- _Nº PACIENTES CON EXPLORACIÓN PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 70%
- _Nº DE PACIENTES CON EXPLORACIÓN DE PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 60 %
- _Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO / Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 40%

DURACIÓN

- INICIO DEL PROGRAMA EN MAYO DEL 2018
- SESIÓN CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO EN MAYO DEL 2018
- DURANTE EL AÑO SE CITARÁN LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN CONSULTA PROGRAMADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO SEGÚN RIESGO.
- REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE (JULIO 18/ OCTUBRE 18/ DICIEMBRE 18)

OBSERVACIONES

- EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE VERONICA BLANCO GIMENO
· Profesión MATRONA
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR
ROYO ROYO SILVIA
VISA GONZALEZ ISABEL
GROS CACHO ELENA
JUSTES ABIOL ANA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La captación de las participantes se llevó a cabo a través de las asociaciones de amas de casa y en las consultas de la matrona, medicina y enfermería.
Las participantes fueron todas mujeres con edades comprendidas entre los 45-55 años, comenzaron 12 y se mantuvo la asistencia hasta la última sesión.
Se elaboró un folleto informativo, entre todos los miembros del proyecto, para entregar a las mujeres que iban a participar en el proyecto.
Las sesiones previstas eran siete, al final se han hecho cinco, se suprimió la película "Tomates verdes fritos" y la del comentario de la misma.
Se realizó una sesión al mes desde mayo a diciembre salvo los de julio, agosto y septiembre por estar en periodo vacacional. Cada una se dividía en dos partes, en la primera se daba la información y en la segunda se abordaban preguntas, experiencias personales, ...
Todas las sesiones las ha impartido la matrona salvo la tercera " Hábitos de vida saludables en el climaterio: Alimentación y ejercicio físico" que la expuso la enfermera Isabel Visa.
La primera sesión se realizó el 7/5/18 a acudieron 12 mujeres Se les pasó la encuesta, se les entregó el folleto informativo y se trató el tema de la anatomía y fisiología de la mujer.
La última sesión, 3/12/19, se trató el tema Sexualidad y métodos anticonceptivos y se les pasó una encuesta final.
La actividad se ha realizado en la Sala de Juntas del Centro de Salud de Almudévar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado en participación ha sido bueno, habiendo abandonos puntuales al alargarse en 5 sesiones, el interés de las mujeres ha sido alto.. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, conocimientos adquiridos en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado.
El 100% de las mujeres participantes conocen la diferencia entre la menopausia y el climaterio.
El 100% de las mujeres están concienciadas y comprometidas con llevar una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico diario.
El 100% de las mujeres conocen las estrategias para prevenir posibles patologías relacionadas con la menopausia y el climaterio (obesidad, depresión, osteoporosis, incontinencia urinaria, ...).
Tras comparar los test (pre y post proyecto) observamos que el 75% de las mujeres han obtenido las respuestas correctas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La captación de esta población es dificultosa ya que la mayoría de las mujeres están trabajando.
Es una zona de salud con mucha dispersión y mucho núcleo rural, se tendría que contemplar la posibilidad de que la matrona se trasladara a los núcleos más grandes evitando los desplazamientos a los usuarios. Esta posible solución puede producir una mayor respuesta y un acercamiento de la figura de la matrona a la población.
Los asistentes han expresado su satisfacción tras realizarlos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/734 ===== ***

Nº de registro: 0734

Título
APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Autores:
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, VISA GONZALEZ ISABEL, GROS CACHO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

ELENA, JUSTES ABIOL ANA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA TRANSICIÓN DE LA MADUREZ A LA SENECTUD EN LA MUJER SE PRODUCEN DIVERSOS CAMBIOS, LOS CUALES EN GENERAL SON DESCONOCIDOS POR LA POBLACIÓN. ESTOS CAMBIOS GENERAN DIFERENTES SINTOMAS, QUE EN EL 50 % DE LAS MUJERES EN ESTA ETAPA LES GENERA DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

RESULTADOS ESPERADOS

.DIFERENCIAR ENTRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
.CONOCER E IDENTIFICAR LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE ESTE PERIODO
.PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PROPIOS DEL CLIMATERIO
.CONOCER ESTRATEGIAS PARA PREVENIR POSIBLES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

MÉTODO

LA ACTIVIDAD CONSTARÁ DE SIETE SESIONES DE UNA HORA DE DURACIÓN A UN GRUPO DE APROXIMADAMENTE 10 MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 45 Y 55 AÑOS
LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ A AQUELLAS MUJERES QUE ACUDAN A LA CONSULTA DE LA MATRONA, DE ENFERMERIA O DE MEDICINA, QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD ACOTADA.
TEMAS A TRATAR EN CADA SESIÓN:
.ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MUJER
.SINTOMATOLOGÍA Y CAMBIOS EMOCIONALES
HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO
.SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
.TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓN DEL CANCER GINECOLÓGICO
.PELÍCULA " TOMATES VERDES FRITOS"
.COMENTARIO DE LA PELÍCULA . EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

INDICADORES

-% DE MUJERES QUE CONOCEN LA ETAPA DEL CLIMATERIO (QUÉ ES Y COMO AFECTA A SU ORGANISMO Y A SU VIDA / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN DIETA SALUDABLE /TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIO / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-PARA LA EVALUACIÓN SE COMPARARÁN LOS TEST PRE Y POST, DONDE LAS PARTICIPANTES DEBERÁN OBTENER, AL MENOS, UN 25% MÁS DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL POST CON RESPECTO AL PRE.

DURACIÓN

DESDE MAYO A DICIEMBRE. EN MAYO SE CAPTARÁN EN LAS CONSULTAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES. SERÁN SIETE SESIONES REPARTIDAS A UNA POR MES, SIEMPRE COINCIDIENDO CON EL PRIMER LUNES DE CADA MES.

OBSERVACIONES

EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE VERONICA BLANCO GIMENO
· Profesión MATRONA
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR
ROYO ROYO SILVIA
VISA GONZALEZ ISABEL
GROS CACHO ELENA
JUSTES ABIOL ANA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Enero a Septiembre 2019 se han captado en la consulta de la matrona a 13 mujeres y desde la consulta de enfermería sólo 1 entre 45-60 años con síntomas climatéricos.
En la captación por la matrona se le ha dado a la mujer el folleto informativo (elaborado el año anterior) donde se les explica los temas de las sesiones y lugar y hora de acudir.
También se tuvo encuesta elaborar carteles para poner en todas las consultas de enfermería de todos los consultorios de la Zona de Salud de Almudévar, para que llegara la información de las sesiones de menopausia a más mujeres
Se ha contactado esta vez a diferencia del año anterior con las presidentas de Asociaciones de Amas de Casa de :
Alcala de Gurrea.
Tardienta.
Gurrea de Gállego.
Torralba de Aragón.
Almudévar desde 2018 la sigo teniendo en cuenta por que es el lugar donde más poblacion hay y donde se realiza el proyecto en la Sala de Juntas del Centro de Salud.
Las sesiones se realizaron el 1º lunes de cada mes de 10 a 11 h, siendo modificable a otro lunes por fiesta local o periodo de vacaciones.
Se empezo a realizar la 1º sesion el 4/3/19 se trato de Proceso Fisiologico.Cambios Físicos y Psicologicos., se entrego la encuesta inicial a 9 diferentes mujeres a lo largo de las 4 sesiones que se han podido realizar .
Siendo la 2º 9/4/19 Adaptación al Cambio.Consejos y Cuidados, 3º 6/5/19 (la da Isabel Visa DUE) Cuidados y Habitros Saludables : Dieta y Ejercicio.
La 4º 3/6/19, Sexualidad-Suelo Pelvico y Planificacion Familiar.
Tras convocar la 5º el 1/7/19 Prevencion del Neo Ginecologico,previamente consultando con las asistentes de la charla anterior que les iria bien acudir,NO SE PRESENTA NADIE.
Se vuelve a convocar la ultima charla de nuevo la 5ª 7/10/19, avisando individualmente a las mujeres captadas por la matrona telefonicamente ya que por enfermería solo se ha captado 1. Y llamando a las presidentas de ama de casa para que lo difundan.NO SE PRESENTA NADIE.
Al llamar por telefono ninguna mujer me dice que no vendra y no me aporta ninguna queja del lugar y hora que se realiza la charla,por lo tanto me crean la posibilidad de que van a venir cuando la realidad, por 2 veces es que NO ACUDEN.
Por lo tanto no he podido pasar la encuesta final, por que no se ha podido realizar la 5º y ultima sesión por inasistencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La participacion en este año ha sido escasa con 9 mujeres en total, de las 14 captadas, que han acudido a lo largo de las 4 sesiones que se han realizado y aunque no se ha podido pasar la encuesta final,las mujeres se han mostrado satisfechas al acudir.

Los indicadores son los siguientes, obtenidos al pasar encuesta inicial en la 1º sesion que acude la mujer .
Conocen Climataterio : 70%
Conocen Dieta : 75%
Conocen Ejercicio : 70%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion no es positiva ya que se hace un esfuerzo como matrona al ir solo los lunes a Almudevar,para que se anule parte de la consulta para realizar la charla, al no ver compromiso de las mujeres por acudir .
Aunque ninguna me expone la razon de porque no van, me imagino que es por trabajo, dispersion o falta de transporte....
No deseo incluirlo en el CG/AGC del año 2020.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/734 ===== ***

Nº de registro: 0734

Título
APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Autores:
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, VISA GONZALEZ ISABEL, GROS CACHO ELENA, JUSTES ABIOL ANA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA TRANSICIÓN DE LA MADUREZ A LA SENECTUD EN LA MUJER SE PRODUCEN DIVERSOS CAMBIOS, LOS CUALES EN GENERAL SON DESCONOCIDOS POR LA POBLACIÓN. ESTOS CAMBIOS GENERAN DIFERENTES SINTOMAS, QUE EN EL 50 % DE LAS MUJERES EN ESTA ETAPA LES GENERA DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

RESULTADOS ESPERADOS
.DIFERENCIAR ENTRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
.CONOCER E IDENTIFICAR LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE ESTE PERIODO
.PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PROPIOS DEL CLIMATERIO
.CONOCER ESTRATEGIAS PARA PREVENIR POSIBLES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

MÉTODO
LA ACTIVIDAD CONSTARÁ DE SIETE SESIONES DE UNA HORA DE DURACIÓN A UN GRUPO DE APROXIMADAMENTE 10 MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 45 Y 55 AÑOS
LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ A AQUELLAS MUJERES QUE ACUDAN A LA CONSULTA DE LA MATRONA, DE ENFERMERIA O DE MEDICINA, QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD ACOTADA.
TEMAS A TRATAR EN CADA SESIÓN:
.ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MUJER
.SINTOMATOLOGÍA Y CAMBIOS EMOCIONALES HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO
.SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
.TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓN DEL CANCER GINECOLÓGICO
.PELÍCULA " TOMATES VERDES FRITOS"
.COMENTARIO DE LA PELÍCULA . EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

INDICADORES
-% DE MUJERES QUE CONOCEN LA ETAPA DEL CLIMATERIO (QUÉ ES Y COMO AFECTA A SU ORGANISMO Y A SU VIDA / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN DIETA SALUDABLE /TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIO / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-PARA LA EVALUACIÓN SE COMPARARÁN LOS TEST PRE Y POST, DONDE LAS PARTICIPANTES DEBERÁN OBTENER, AL MENOS, UN 25% MÁS DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL POST CON RESPECTO AL PRE.

DURACIÓN
DESDE MAYO A DICIEMBRE. EN MAYO SE CAPTARÁN EN LAS CONSULTAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES. SERÁN SIETE SESIONES REPARTIDAS A UNA POR MES, SIEMPRE COINCIDIENDO CON EL PRIMER LUNES DE CADA MES.

OBSERVACIONES
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0767

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MAR FERNANDEZ IZARBEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO ROYO SILVIA
GROS CACHO ELENA
VISA GONZALEZ ISABEL
ATARES OTIN MARIA PAZ
ABADIA NOCITO LOURDES
JUSTES ABIOL ANA LIDIA
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al comienzo se reunió a las personas interesada que cumplieran con el perfil propuesto y se les informó en que consistía la actividad. Se les pasó una encuesta y a la semana se realizó una charla informativa sobre la importancia de la alimentación y el ejercicio físico para prevenir enfermedades cardiovasculares. Los meses de verano se suspendió la actividad, retomándola en octubre. La actividad se realiza todos los miércoles a las nueve de la mañana con una duración de aproximadamente una hora. El grupo consta de diez personas que se mantiene constante en todas las sesiones. Consiste en paseos de marcha moderada ya que el perfil de las participantes lo permite. Antes y después de la actividad se realizan unos ejercicios de estiramiento. Trascurridos los dos meses de la actividad se les volvió a pasar la encuesta y apreciamos una respuesta muy positiva.

En septiembre, en la Residencia de Mayores "Santo Domingo" de Almuévar se contrató a una terapeuta ocupacional. Cuando nos enteramos nos pusimos en contacto con ella para manifestarle nuestro interés por su labor y para intentar trabajar conjuntamente con ella. Realizamos una guía de ejercicios encaminada al anciano frágil. Esta actividad se desarrolla una vez a la semana y con una duración de aproximadamente una hora. Se incluye a todos los ancianos independientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los participantes han aumentado su interés por modificar sus hábitos sedentarios para mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El grupo ha afianzado sus relaciones y son ellos los que quedan el resto de los días de la semana para continuar realizando actividad física. No se han apreciado importantes variaciones en los indicadores de TA, FC e IMC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va a continuar durante el 2019 y se plantea para este próximo año comenzar con pacientes frágiles institucionalizados. En marzo, en el núcleo de San Jorge, se valorará crear otro grupo con personas de más edad y mayores limitaciones por lo que la marcha se adaptará a su perfil. Se irán midiendo los indicadores a lo largo de este año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/767 ===== ***

Nº de registro: 0767

Título
ALMUDEVAR CAMINA

Autores:
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, GROS CACHO ELENA, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, ABADIA NOCITO LOURDES, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0767

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SON LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA Y PARA PODER DISMINUIR SU INSIDENCIA Y MORTALIDAD ES FUNDAMENTAL ACTUAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN SU APARICIÓN.

SE DISTINGUEN DOS TIPOS DE FACTORES DE RIESGO, LOS NO MODIFICABLES (SEXO, EDAD Y HERENCIA GENÉTICA) Y LOS MODIFICABLES (TABACO, HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPEMIAS, DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, SEDENTARISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL. ESTÁ DEMOSTRADO QUE EL DEJAR DE FUMAR, REDUCIR EL CONSUMO DE SAL Y DE GRASAS, EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR, Y EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL REDUCE EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR EL INTERES DE LA POBLACIÓN, DEL CENTRO DE SALUD DE ALMUDEVAR, POR MODIFICAR SUS HÁBITOS SEDENTARIOS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y REDUCIR EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

MÉTODO
LA ACTIVIDAD SE REALIZARÁ LOS MIÉRCOLES A LAS DIEZ DE LA MAÑANA, SU DURACIÓN SERÁ DE APROXIMADAMENTE UNA HORA. CONSISTIRÁ EN PASEOS DE MARCHA LEVE O MODERADA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN FÍSICA DE LOS PARTICIPANTES. ANTES Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD SE HARÁN UNOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.

INDICADORES
- AL COMIENZO DE LA ACTIVIDAD SE PASARÁ UNA ENCUESTA SOBRE LOS HÁBITOS SEDENTARIOS A LOS PARTICIPANTES Y AL FINALIZAR SE REALIZARÁ OTRA, PARA COMPARAR Y VER SI ESTOS HAN CAMBIADO .
- EL PRIMER DÍA DE LA ACTIVIDAD Y EL ÚLTIMO SE MEDIRÁN LAS CONSTANTES VITALES (PA, FC) Y EL IMC Y COMPARAR PARA VER POSIBLES CAMBIOS.
- TRASCURRIDOS DOS MESES DE INICIADO EL PROYECTO SE PASARÁ UNA ENCUESTA PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOGER SUGERENCIAS PARA IR MEJORANDO LA ACTIVIDAD.

DURACIÓN
COMENZARÁ EL PROYECTO EN MAYO Y TERMINARÁ EN NOVIEMBRE DEL 2018, AUNQUE PRETENDE SER UN PROYECTO DE CONTINUIDAD Y DE TRABAJO A LARGO PLAZO.

OBSERVACIONES
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN CAMPOS AVELLANA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REAMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN

JUSTES ABIOL ANA LIDIA

PISA MAÑAS JARA

AVELLANAS MONTORI SOFIA

GARCES CASTILLO BEATRIZ

SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA

VITALLA PERALTA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó la presentación del proyecto, Mayo ; en los municipios, a las asociaciones, Centro de salud y presidente del Consejo de Salud.

Se elaboró un cartel para anunciar la presentación y otro para comunicar horario y lugar de la actividad que se mantiene en los consultorios y lugares de reunión en cada localidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicio de la actividad Junio 2018

Se han realizado sesiones semanales en los dos núcleos de población: 20 sesiones en Alcalá y 19 en Valsalada.

El número de participantes ha sido de 5 en Valsalada(V) y 18 en Alcalá(A).

En los meses de verano esta cifra se ha visto aumentada por la participación en la actividad de personas que veranean en los pueblos.

Hasta hoy todas son mujeres

La edad de las participantes entre 60/75 años es el 47% y entre 75/85 años el 53% para Valsalada y en Alcalá los dos grupos 65/75 y 75/85 al 50%

La media de asistencia ha sido 4 (V) y 12(A) personas

Los días de mayor asistencia fueron 6(V) y 20(A). Los de menor participación 2°(V) y 5 (A)

Según la encuesta inicial realizaban alguna actividad física a diario al aire libre en un 80% y a los 6 meses la realizan en el 89%

Se realizaron dos encuestas individuales a los 2 y 6 meses

* Sobre la percepción subjetiva de mejora referida a movilidad, estado de ánimo y relación con los demás con una escala 0-10 los resultados a los 6 meses:

-mejora movilidad: 7.5 (v) y 7(A)

-estado ánimo: 8.5(V) y 8(A)

-relación social: 8 en los dos.

*Sobre satisfacción, escala 0-10, a los 6 meses // inicio, referida a:

-Tiempo para hacer lo que le gusta: 8.2//4.8 (V) y 8.6//6.2 (A)

-Lo que hace en su día a día merece la pena: 8//7.8(V) y 8.4//7.3(A)

-Satisfacción con su vida en conjunto en la actualidad: 8.2//6.6(V) y 8//7.2(A)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes han expresado su satisfacción con la actividad, por pertenecer a un grupo y están incorporando las actividades aprendidas a su rutina diaria tanto dentro de casa como en actividad al aire libre

Tanto los ejercicios de relajación como los respiratorios han sido claves para iniciar y terminar la actividad en un ambiente relajado y positivo.

Los ejercicios de coordinación, equilibrio y corrección postural se han realizado según la planificación.

En relación con la actividad de ejercicio con música, baile, dadas las limitaciones para la bipedestación estable de algunos de los participantes se ha optado por hacer ejercicios preferentemente en sedestación.

No se ha conseguido la incorporación de participantes masculinos.

Pensamos que el proyecto puede continuar debido al interés, mejoras percibidas y satisfacción manifestada por las participantes.

La sostenibilidad del proyecto por el momento nos parece posible.

El proyecto es replicable

7. OBSERVACIONES.

Por la limitación de espacio no he aportado las encuestas utilizadas. Ruego me indique si es necesario

*** ===== Resumen del proyecto 2018/849 ===== ***

Nº de registro: 0849

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Título
VIVIR BAILANDO

Autores:
CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN, REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, PISA MAÑAS JARA, AVELLANAS MONTORI SOFIA, GARCES CASTILLO BEATRIZ, SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA, VITALLA PERALTA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: senilidad. aislamiento social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
*Los dos núcleos de población donde se va a realizar el proyecto tienen alta tasa de envejecimiento poblacional con pérdida de coordinación motora, flexibilidad, fuerza y equilibrio, además de pobres habilidades y resistencias para uso de sistemas de apoyo como bastones, andadores, ...
*Alta prevalencia de enfermedades crónicas, procesos algícos y somatización.
*Escasa actividad física, alto nivel de sedentarismo sobre todo en la población femenina, tendencia al aislamiento social.
El aumento de la actividad física ha demostrado la efectividad en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, la mejora de la salud mental y la prevención de caídas sobre todo en ancianos.
La práctica de ejercicio grupal disminuye el aislamiento social, se ha demostrado que mejoran los autocuidados y las capacidades para desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
*Promover la participación activa de las personas mayores, con la creación de grupos normalizados y la inclusión de personas mayores con especiales problemáticas en la actividad
* Motivar para la realización de ejercicio físico.
* Adquirir conocimientos y estrategias necesarias para la realización de ejercicios físicos.
* Mejorar el estado cardiovascular, cardiorrespiratorio flexibilidad, fuerza, equilibrio, psicomotricidad fina, etc. en las personas mayores.
* Dotar de conocimientos sobre los hábitos saludables y la alimentación, así como de estrategias para desarrollar la memoria, la autoestima y las habilidades de comunicación.
* Fomentar la convivencia y las relaciones sociales a través de la participación en la actividad.
* Mantener el cuerpo y la mente activos de los destinatarios del Proyecto.

MÉTODO
Se publicitará el inicio de la actividad con apoyo de las asociaciones mediante cartel con 15 días de antelación
En consulta captación activa.
Reunión inicial para presentación del proyecto en Centro de salud y localidades
El grupo máximo 20 participantes por localidad. Posibilidad creación dos grupos.
Frecuencia de la actividad 1 día por semana.
La duración 1 hora por sesión.
El lugar local social
Las sesiones tendrán el desarrollo siguiente :
*Acogida (y presentación el primer día)
*Ejercicio de relajación
*Ejercicios respiratorios
*Ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular
*Ejercicios de coordinación desde movimiento grueso evolucionando a movimiento fino y de expresión de gesto en la medida de las posibilidades. Utilización de pequeños accesorios y materiales para ayuda en la coordinación
*Ejercicios para mejorar el equilibrio, corrección y ajuste postural
*Coordinación con música, Baile = movimiento coordinado al ritmo de la música .
*Descanso y puesta en común de experiencia de la actividad y recepción de inquietudes o modificaciones para la próxima sesión
*Ejercicio de respiración
*Ejercicio de relajación final y despedida.

Durante las sesiones se realizarán recomendaciones sobre hidratación, higiene corporal cuidado de los pies, uso de calzado, ropa adecuada y horario de ingesta previo al ejercicio.

INDICADORES
Número de sesiones realizadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Participantes en la actividad

Media de participantes por sesión.

Encuestas de evaluación previa a ola actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actividad física diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.

Diciembre/anual, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

DURACIÓN

*Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018

*Inicio de actividad en Junio de 2018

*Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre2018.

*Evaluación de resultados según indicadores propuestos

*Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN CAMPOS AVELLANA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN
JUSTES ABIOL ANA LIDIA
PISA MAÑAS JARA
AVELLANAS MONTORI SOFIA
GARCES CASTILLO BEATRIZ
SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA
VITALLA PERALTA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 37 y 34 sesiones en Alcalá y Valsalada respectivamente.
Se ha cumplido el calendario previsto, 1 sesión semanal salvo periodos vacacionales o coincidencia de festivo en el día de realización de la sesión.
Se han realizado las acciones planteadas en el proyecto y se ha incorporado un tiempo al final de la sesión para compartir experiencias o inquietudes.
Se ha realizado un documento con los ejercicios y dinámicas que utilizamos en la sesión como recordatorio para posibilitar realizarlos a diario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este año ha aumentado el número de participantes en los dos núcleos ascendiendo a 22 en Alcalá y 14 en Valsalada. La media de participación por sesión ha sido de 12.37 y 5.34 respectivamente
Mediante encuesta de satisfacción realizada al final de año 2019 se obtuvieron los siguientes resultados :
-Satisfacción con la actividad realizada 85% alto o muy alto
-Realización de ejercicio físico diario 90% de los participantes lo han incorporado a su rutina diaria
-Valoración bienestar subjetivo 80% alto o muy alto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según las encuestas realizadas y la valoración del equipo pensamos que se están cumpliendo los objetivos y el grado de satisfacción de los participantes es muy alto.

7. OBSERVACIONES.

Queremos destacar que ha aumentado el número de participantes en los dos núcleos. Se han incorporado al grupo participantes masculinos, también menores de 45 años y personas reciente incorporación al municipio procedentes de otro país.
Creemos que la actividad está siendo integradora y muy positiva para los vecinos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/849 ===== ***

Nº de registro: 0849

Título
VIVIR BAILANDO

Autores:
CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN, REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, PISA MAÑAS JARA, AVELLANAS MONTORI SOFIA, GARCES CASTILLO BEATRIZ, SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA, VITALLA PERALTA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: senilidad. aislamiento social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

PROBLEMA

*Los dos núcleos de población donde se va a realizar el proyecto tienen alta tasa de envejecimiento poblacional con pérdida de coordinación motora, flexibilidad, fuerza y equilibrio, además de pobres habilidades y resistencias para uso de sistemas de apoyo como bastones, andadores,...

*Alta prevalencia de enfermedades crónicas, procesos álgicos y somatización.

*Escasa actividad física, alto nivel de sedentarismo sobre todo en la población femenina, tendencia al aislamiento social.

El aumento de la actividad física ha demostrado la efectividad en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, la mejora de la salud mental y la prevención de caídas sobre todo en ancianos.

La práctica de ejercicio grupal disminuye el aislamiento social, se ha demostrado que mejoran los autocuidados y las capacidades para desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

*Promover la participación activa de las personas mayores, con la creación de grupos normalizados y la inclusión de personas mayores con especiales problemáticas en la actividad

* Motivar para la realización de ejercicio físico.

* Adquirir conocimientos y estrategias necesarias para la realización de ejercicios físicos.

* Mejorar el estado cardiovascular, cardiorrespiratorio flexibilidad, fuerza, equilibrio, psicomotricidad fina, etc. en las personas mayores.

* Dotar de conocimientos sobre los hábitos saludables y la alimentación, así como de estrategias para desarrollar la memoria, la autoestima y las habilidades de comunicación.

* Fomentar la convivencia y las relaciones sociales a través de la participación en la actividad.

* Mantener el cuerpo y la mente activos de los destinatarios del Proyecto.

MÉTODO

Se publicitará el inicio de la actividad con apoyo de las asociaciones mediante cartel con 15 días de antelación En consulta captación activa.

Reunión inicial para presentación del proyecto en Centro de salud y localidades

El grupo máximo 20 participantes por localidad. Posibilidad creación dos grupos.

Frecuencia de la actividad 1 día por semana.

La duración 1 hora por sesión.

El lugar local social

Las sesiones tendrán el desarrollo siguiente :

*Acogida (y presentación el primer día)

*Ejercicio de relajación

*Ejercicios respiratorios

*Ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular

*Ejercicios de coordinación desde movimiento grueso evolucionando a movimiento fino y de expresión de gesto en la medida de las posibilidades. Utilización de pequeños accesorios y materiales para ayuda en la coordinación

*Ejercicios para mejorar el equilibrio, corrección y ajuste postural

*Coordinación con música, Baile = movimiento coordinado al ritmo de la música .

*Descanso y puesta en común de experiencia de la actividad y recepción de inquietudes o modificaciones para la próxima sesión

*Ejercicio de respiración

*Ejercicio de relajación final y despedida.

Durante las sesiones se realizarán recomendaciones sobre hidratación, higiene corporal cuidado de los pies, uso de calzado, ropa adecuada y horario de ingesta previo al ejercicio.

INDICADORES

Número de sesiones realizadas

Participantes en la actividad

Media de participantes por sesión.

Encuestas de evaluación previa a la actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actividad física diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.

Diciembre/año, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

DURACIÓN

*Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018

*Inicio de actividad en Junio de 2018

*Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre 2018.

*Evaluación de resultados según indicadores propuestos

*Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0379

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE ARIÑO EVA
VIÑALES ORDAS NATALIA
PARDOS FERRER CARMEN
CARAZO CABRERIZO GEMA
MARIN PARDOS EDUARDO
URDANIZ SANCHO LUIS JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2019, una vez presentado y aprobado el proyecto, se procede a solicitar al Departamento de Informática los datos necesarios de OMI para valorar la situación actual del manejo de las infecciones de tracto urinario (ITU) en varones en el ámbito del CS. Almudévar (varones mayores de 18 años con episodios codificados como ITU, prostatitis aguda, orquidoepididimitis, uretritis y cistitis comprendidos en un periodo de 6 meses, Junio a Noviembre de 2018).

A inicios de junio se realizó una sesión clínica en el CS. Almudevar para la exposición del proyecto y resultados de los datos recogidos.

37 varones atendidos por Infecciones del tracto urinario, de los cuales 3 fueron derivados al hospital y 34 fueron atendidos en Atención Primaria.

Se solicitaron 6 UROCULTIVOS PRETRATAMIENTO. Se inició tratamiento empírico en 30 casos.

16 de ellos adecuados según los últimos protocolos de FISTERRA y SEMFYC (Dic 2018), y 5 no cumplían criterios de pauta temporal.

5 según protocolo PROA 2019 y ninguno cumpliría criterio de tiempo.

Se solicitaron 14 urocultivos postratamiento.

Se observan los siguientes resultados:

CURACIÓN (urocultivo post negativo): 8-----> 23%
SIN DATOS: 11-----> 32%
COMPLICACIONES ----->44%
DERIVACIÓN 2º NIVEL: 8-----> 23,5%
REINFECCIONES/ RECIDIVAS: 7----->20,5%

Se realizó propuesta de mejora y protocolo de recogida de muestras adecuado a la disponibilidad del centro y tratamientos empíricos a partir de junio con registro de los mismos en hoja a tal fin por consultas de profesional, y en atención continuada.

Mensualmente se ha remitido a cada profesional y en puesto médico de atención continuada, hoja de registro y recordatorio de pautas antibioterapia empíricas (adoptando las del PROA a partir de septiembre 19).

En octubre personal de Farmacia impartió sesión de Manejo de infecciones urinarias según protocolo PROA, dónde se plantearon dudas y problemática a la hora de recoger urocultivos fuera del horario de recogida de muestras del centro.

En diciembre se recaban los datos de junio a noviembre de 2019.

En enero de 2020 se exponen en sesión clínica resultados:

46 se trataron ambulatoriamente, sólo 2 se derivaron al hospital.

Se pidieron 23 UROCULTIVOS PRETRATAMIENTO.

Se inició tratamiento empírico en 44 casos.

30 casos recibieron el antibiotico correcto según la pauta vigente en cada momento (se adoptó el criterio del PROA a partir de septiembre de 2019), en 15 de ellos la pauta de tiempo no fue la correcta o no consta.

Se solicitaron 17 urocultivos postratamiento (36,9%).

Resultados:

CURACIÓN (urocultivo post negativo): 11-----> 25% (previo 23%)
SIN DATOS: 21-----> 47 % (previo 32%)
COMPLICACIONES ----->31% (previo 44%)
DERIVACIÓN 2º NIVEL: 6-----> 13% (previo 23,5%)
REINFECCIONES/ RECIDIVAS: 8--->18% (previo 20,5)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Junio a noviembre de 2018 (Previo al proyecto)

UROCULTIVOS solicitados en varones con sospecha de ITU/ varones sospecha de ITU manejados en AP = 17,6%

ANTIBIOTERAPIA CORRECTA/varones con sospecha ITU manejados enAP: 47 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0379

1. TÍTULO

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

(Según criterios PROA): 14,7%
PAUTA ANTIBIOTERAPIA CORRECTA (Antibiotico + duración tratamiento)=0%

Junio a noviembre de 2019

UROCULTIVOS solicitados en varones con sospecha de ITU/ varones sospecha de ITU manejados en AP = 50%
ANTIBIOTERAPIA CORRECTA/varones con sospecha ITU manejados en AP: 65%
PAUTA ANTIBIOTERAPIA CORRECTA: 32%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se aprecia una notable mejora en los resultados (urocultivos pretratamiento. 17,6%-->50%), aunque todavía queda un amplio margen de mejora hasta llegar al standard planteado del 90%.

También hay una mejora considerable en el uso de la antibioterapia empírica adecuada y de la pauta temporal. Se ha disminuido el uso de quinolonas empíricas y se ha ampliado la duración del tratamiento que solía ser de una semana.

Se va a seguir recordando el protocolo y se prevee realizar alguna otra sesión clínica al respecto.

Aunque no se planteaba como objetivo principal, también se desprende de los resultados una disminución de las complicaciones

7. OBSERVACIONES.

Hay que tener en cuenta las dificultades por parte de la familia o cuidadores para recoger el urocultivo en determinados pacientes en fases avanzadas de enfermedad, y el problema de la recogida de muestras en el centro de salud sólo dos días a la semana, por lo que fuera de esos días, para que se cumplan los plazos óptimos de menos de 24h., tienen que desplazarse por medios propios para llevar las muestras al laboratorio. Todo ello hace difícil que se pueda llegar a dicho standard, por lo que se propone su reducción al 70%.

En el seguimiento muchos pacientes no tienen datos, se entiende que la mayoría no volvieron a consultar por la misma patología por lo que en su mayoría se pueden considerar como curaciones, aunque no se puede asegurar al no tener urocultivo de control ni reflejarlo como tal en la Historia clínica.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/379 ===== ***

Nº de registro: 0379

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

Autores:
SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR, LAFUENTE ARIÑO EVA, PARDOS FERRER CARMEN, MARIN PRADOS EDUARDO, CARAZO CABRERIZO GEMA, URDANIZ SANCHO JAVIER, VIÑALES ORDAS NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS

Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0379

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Recoger información y datos para establecer unos indicadores que objetiven la situación actual del manejo de las ITU en el varón.
Reunión de equipo y personal de atención continuada para exponer la situación, estudiar las causas, y plantear las opciones de mejora.
Reunión formativa para actualizar la última evidencia en el manejo de las ITU en el varón y tratamiento empírico más adecuado .
Implantar un sistema de registro de casos para la recogida de datos.

INDICADORES

Fuente de datos OMI-AP
Nº de urocultivos recogidos en varones con sospecha de ITU/ Varones con diagnóstico de ITU (Standard 90 %)
Nº de tratamiento antibiotico empírico adecuado/Nº tratamiento empíricos en sospecha de ITU de varon (Standard 90%)

DURACIÓN

Marzo-Abril 2019: Recogida y tratamiento de datos de los meses de junio a octubre de 2018 para obtener indicadores de la situación actual.
Mayo 2019: Exposición de la situación al equipo, actividades formativas, estudio de las causas y establecer protocolo de mejora.
Junio -Octubre 2019: Implementación y puesta en marcha del protocolo.
Noviembre 2019: Recogida y tratamiento de datos de los 5 meses de implantación (junio a octubre de 2019).
Obtención de los nuevos indicadores.
Diciembre 2019: Exposición de resultados y memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0545

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR

Fecha de entrada: 15/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR
CAMPOS AVELLANA CARMEN
CABELLUD LASIERRA MIRIAM
MARIN PRADOS EDUARDO
URDANIZ SANCHO LUIS JAVIER
VIÑALES ORDAS NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan las siguientes actividades:

En Abril de 2019 se hace una reunión para establecer el equipo de mejora acordando objetivos, contenido y cronograma del proyecto de mejora. De ésta reunión se derivan una serie de sesiones donde se acuerda el contenido y stock mínimo de material y fármacos en maletín de urgencias, carro de paradas y maletín de respiratorio, así como protocolo de revisiones y hoja de registro de incidencias.

El 29 de Mayo de 2019 se realiza un taller de RCP para todo el equipo con el objetivo de familiarizarse con el material de urgencias disponible en el centro.

En Octubre de 2019 se realiza y entrega a todos los profesionales del equipo una encuesta de satisfacción de la marcha del proyecto.

Recogida y registro de incidencias a lo largo de estos meses para la elaboración de los indicadores .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº total de días con registro de revisiones realizadas=280
En horario de 15 a 17 h: Nº días con registro adecuado =27
En horario de 17 a 8 h Nº días con registro adecuado=275

En el periodo previo hubo un total de 93 incidencias.
En el periodo posterior ha habido un total de 51 incidencias.

Nº de incidencias sobre Stock de material y medicación antes del proyecto : 57%
Nº de incidencias sobre Stock de material y medicación después del proyecto: 57%

Nº de incidencias sobre caducidad de material y medicación: 15%
Nº de incidencias sobre caducidad de material y medicación: 16%

Nº incidencias sobre funcionamiento adecuado del material no desechable previo: 14%
Nº incidencias sobre funcionamiento adecuado del material no desechable posterior: 17%

Todos los porcentajes son respecto del total de incidencias.

Grado de satisfacción del personal :

Encuestas contestadas: 61%
Personal que hace uso de los maletines=90,9%
Grado de satisfacción previo=55%
Grado de satisfacción posterior=72,7%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observa una disminución del número de incidencias total aunque el tipo de incidencia surgida antes y después del proyecto es similar.

Ha aumentado la satisfacción del personal .

Se observa un claro déficit en el registro en horario de 15 a 17h. que entendemos pueda deberse más a un déficit de comunicación de cómo registrar las actividades, más que a una falta de interés o dejación de funciones.

En términos generales se han logrado los objetivos propuestos al inicio de proyecto, quedando pendiente la mejora del registro mencionado.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0545

1. TÍTULO

PROCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR

*** ===== Resumen del proyecto 2019/545 ===== ***

Nº de registro: 0545

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

Autores:
LAFUENTE ARIÑO EVA, SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR, CAMPOS AVELLANA CARMEN, CABELLUD LASIERRA MIRIAM, MARIN PRADOS EDUARDO, URDANIZ SANCHO JAVIER, VIÑALES ORDAS NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias extrahospitalarias
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

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

INDICADORES
-Nº de Hojas de registro de incidencias cumplimentadas adecuadamente respecto al total de hojas registradas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0545

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR

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

DURACIÓN

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

CRONOGRAMA:

Marzo-Abril:

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

Mayo:

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

Mayo-Septiembre:

- Implementación del proyecto

Octubre:

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

Diciembre:

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MALO GRACIA MARIA ELENA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MONTORI TORRIJOS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.
- 5.2. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaron tres sesiones clínicas con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la función renal, así como la actualización de protocolos en vigor:
- 5.2.1. Sesión clínica donde se realizó una puesta a punto de "Protocolos sobre ERC", subrayando los datos sobre la importancia de los controles de tensión arterial y diabetes en los pacientes con FC<60 ml/min. Realizada el 29 de Mayo 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.
- 5.2.2. Sesión clínica sobre el "Uso e influencia de los AINES en la ERC, así como de antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos orales, etc". Se realizó el 5 de junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.
- 5.2.3. Sesión clínica sobre "Recomendaciones de uso, seguimiento y desprescripción de los IBPs", subrayando la influencia de los mismo en la progresión de la ERC. Realizada el 23 de Octubre 2017.
- 5.3. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del Equipo de Atención Primaria: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.
- 5.4. Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, dosis, duración de tratamiento, con el fin de evitar la iatrogenia por autoconsumo que incide en la aparición y progresión de la ERC. Se ha dado la información precisa y de forma individualizada a los pacientes afectados por ERC, sobre el no abuso de fármacos perjudiciales sin prescripción médica.
- 5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 Agosto 2017. Se valoraron los resultados el 6 de Noviembre del 2017.
- 5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.
- 5.7. Segundo seguimiento de resultados a fecha 20 de Diciembre del 2017. Nueva valoración de los mismos.
- 5.8. Finalización del proyecto con resultados a 31 de Diciembre 2018, tras un año de seguimiento desde el ultimo corte. Se redacta memoria definitiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. ¿En cuantos pacientes se ha detectado insuficiencia renal crónica durante el período de estudio?
Del 1 de junio al 20 de diciembre del 2017..... 12 pacientes
Del 20 de diciembre del 2017 al 31 de diciembre del 2018..... 43 pacientes
TOTAL pacientes en el período de estudio..... 55
pacientes.....2,5% de la población atendida

6.2. N° pacientes informados/N° pacientes detectados = 72%

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- Muy significativo el aumento espectacular del registro en OMI del episodio de Enfermedad Renal Crónica tras valoración del Filtrado Glomerular en la analítica de los pacientes. Las estrategias para la detección y control de la misma han mejorado ostensiblemente dentro del EAP. Se ha observado una progresión en aumento de detección durante el año 2018 respecto a los meses en que se comenzó el proyecto del 2017. Eso indica una habituación por parte del equipo en la solicitud del marcador de Filtrado Glomerular y albuminuria en las analíticas y registro del episodio correspondiente en OMI.
- Al mismo tiempo se ha incrementado la valoración de los factores de riesgo para la aparición y evolución de la ERC, ejerciendo un mayor control en las cifras de Tensión arterial y tratamiento correspondiente, y de las cifras de Glucemia en pacientes diabéticos y su tratamiento correspondiente. Un buen control de ambos parámetros influye en la progresión de la enfermedad.
- Se ha llevado a cabo una valoración individualizada de los fármacos nefrotóxicos: AINES, antidiabéticos orales o inhibidores de la bomba de protones, con un mayor control sobre la prescripción de los mismos en los pacientes con alteraciones previas en la función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

- El proyecto se diseñó inicialmente por una falta de adecuación en el registro del episodio de ERC del CS Ayerbe en comparativa con los otros CS del sector. Desde ese punto de vista se ha conseguido una amplia mejora al respecto.
- El plan de información a los usuarios de su estado renal, ha sido uno de los puntos a tener muy en cuenta. El fin último ha sido concienciar a la población sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, respetando las duraciones de los tratamientos recomendadas por su médico, así como el evitar el autoconsumo incontrolado que puede influir negativamente en la aparición y evolución de la ERC. Los resultados en este apartado no han sido óptimos al 100%, ya que en algunas ocasiones por cuestiones de tiempo, tipo de paciente, etc., no se ha dado dicha información. A pesar de todo, se ha conseguido que aumente la información sobre dichos aspectos, y la perspectiva de mejorar en el futuro impulsa el mantener unos estándares de calidad.
- Para la obtención de los datos se solicitó la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Se extrajeron los datos en 3 periodos distintos: Primer seguimiento a 31 de Agosto 2017; segundo seguimiento a 20 de Diciembre 2017, y tercero y último a 31 de Diciembre 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hemos conseguido hacer un mayor registro de los episodios correspondientes a ECR en OMI, con una detección más precoz de los mismos. Lo que favorece una actuación más adelantada sobre los factores favorecedores de la evolución del proceso.
- Ha sido todo un ejercicio práctico el vincular la posible aparición de insuficiencia renal o progresión de la misma con algunos fármacos con los que no solemos asociarla; es el caso de los IBP en aquellos pacientes con tratamientos mayores de 6 meses. Eso ha favorecido concretar si persistía la indicación tras el tiempo transcurrido desde la prescripción, e incluso la desprescripción en aquellos casos en que se correlacionaba con una evolución negativa, una vez descartado otros motivos que la expliquen.
- Se ha mejorado notablemente en conocer las indicaciones establecidas por protocolos para el tratamiento de AINES, fármacos de amplio uso y que favorecen la progresión de ERC, y manejar los distintos AINES según el riesgo cardiovascular, gastrointestinal y renal de cada uno, buscando la indicación más eficiente.
- Los profesionales del equipo de AP disponen en estos momentos de documentación actualizada para su consulta sobre la influencia de los fármacos que se deben o no prescribir, y cómo reducir las dosis según el grado de afectación renal. En resumen, un manejo más práctico de todos ellos al poder contrastar la mejora sustancial del uso de los mismos.
- El proyecto ha facilitado la actualización de los factores que inciden en la progresión de la ERC, y la toma de conciencia de hacer un control más exhaustivo desde Atención Primaria. El progresivo aumento de registro en OMI de los episodios, nos hace pensar en una mejora notable en dicho aspecto que progresara con el tiempo.
- El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1278 ===== ***

Nº de registro: 1278

Título
DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MALO GRACIA MARIA ELENA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Pacientes con Enfermedad Renal crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

PROBLEMA

La importancia y utilidad del proyecto nace debido a la prevalencia de la ERC que va aumentando de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años), presentándose asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica.

Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >65 años, con pluripatologías varias, es aconsejable detectar precozmente esta ERC con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, disminuir la progresión del riesgo de eventos cardiovasculares, así como reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad.

Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI de los criterios que identificarían la ERC.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección precoz de la ERC mediante la evaluación del FG y de la albuminuria, al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

- Creación del episodio de ERC ajustándose a los valores indicados.

- Disminuir los factores de progresión y prevención del deterioro de la capacidad funcional para reducir la morbimortalidad cardiovascular

- Reducir la iatrogenia por el uso inadecuado de fármacos que repercuten en el deterioro de la función renal.

MÉTODO

- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario

- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizarán tantas sesiones clínicas sean necesarias con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la Función renal:

- 1) Abordaremos las nuevas recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs
- 2) La influencia de los AINE sobre el deterioro renal y el riesgo cardiovascular
- 3) Importancia de un buen control de DM tipo 2 en pacientes con ERC
- 4) Repercusión de la tensión arterial mal controlada en la función renal.

- Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo.

INDICADORES

En pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

1. Personas mayores de 60 años
2. Hipertensión arterial
3. Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 evolucionada
4. Antecedentes de enfermedad cardiovascular

Detectar una vez al año:

- * FG inferior a 60 ml/minuto/1,73 m² y confirmarse siempre su persistencia durante al menos 3 meses.
- * En todos aquellos pacientes que reúnan este criterio, se abrirá el episodio en OMI de ERC U99
- * Se obtendrán los datos de las analíticas realizadas de forma programada en el Centro de Salud.

DURACIÓN

1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores, cómo realizar registro en OMI e información sobre fármacos que influyen en ERC y vigilancia de los mismos. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.

2) Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 29 de Mayo

3) Sesión clínica sobre AINES y ERC. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 5 de Junio

4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio. Responsable: coordinador del mismo.

5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc.

Prevista para 3 de Julio. Responsable: Belén Guerrero Álvarez

6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.

7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MALO GRACIA MARIA ELENA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MONTORI TORRIJOS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.

5.2. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.

5.3. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaron 3 sesiones clínicas con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la función renal, así como actualización de protocolos en vigor:

5.3.1. Sesión clínica donde se realizó una puesta a punto de protocolos sobre ERC, subrayando los datos sobre la importancia de los controles de tensión arterial y diabetes en los pacientes con FC<60 ml/min. Realizada el 29 de Mayo 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.

5.3.2. Sesión clínica sobre el uso y la influencia de los AINES en la ERC, así como de un amplio número de fármacos de uso habitual en la práctica clínica (antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos orales, etc). Se realizó el 5 de junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.3.3. Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguimiento y desprescripción de los IBPs, subrayando la influencia de los mismo en la progresión de la ERC. Realizada el 23 de Octubre 2017.

5.4. Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo. Se ha dado la información precisa y de forma individualizada a los pacientes afectados por ERC, sobre el no abuso de fármacos perjudiciales sin prescripción médica.

5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 de agosto 2017. Se valoran los resultados el 6 de Noviembre 2017.

5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.

5.7. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2017. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. ¿En cuántos pacientes se ha detectado Insuficiencia renal crónica durante el período de estudio? 12 pacientes.

6.2. N° de pacientes informados/N° pacientes detectados: 100%

6.3. VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- Se han conseguido mejoras en abrir episodio en OMI de Enfermedad renal Crónica tras valoración analítica de control de los pacientes.

- Al mismo tiempo se ha valorado posibles causas de esa ERC, haciendo un mejor control de las cifras de TA y tratamiento correspondiente, y de las cifras de DM y su tratamiento correspondiente.

- Tras la valoración de resultados del primer seguimiento a fecha de 31 de Agosto, no se observó una mejora de los indicadores por varios motivos:

1) Por una parte por coincidir este primer seguimiento con los meses vacacionales del personal del CS.

2) Por otra parte porque al solicitar el corte de datos a informática, se hizo con los datos nuevos durante el periodo del 1 de junio al 31 de agosto. Por lo que no se cuantificaron los episodios abiertos anteriormente a dicha fecha. Se ha rectificado para el seguimiento final.

6.4. OBTENCIÓN DE DATOS:

Se solicitaron en ambos periodos (seguimiento y final) la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca para la extracción de datos, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Aunque la fecha prevista de finalización del proyecto era a 31 de Diciembre del 2017, se solicitó terminar el 20 de Diciembre para poder elaborar la memoria final que se debe presentar antes del 31 de Diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1. Se ha conseguido hacer una detección precoz de la ERC, y se han creado los episodios correspondientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

en OMI.

7.2. Se ha incidido en aquellos factores que favorecen la progresión de la ERC y cuyo control facilitarían la prevención de la misma. Mejores controles de tensión arterial en los hipertensos, mejores controles de cifras de glucemia en diabéticos, etc.

7.3. Se ha comenzado a revisar las prescripciones de Inhibidores de la bomba de protones en aquellos pacientes que llevan tratamiento con los mismos más de 6 meses, con el objetivo de favorecer la desprescripción en los casos en que se correlacione una evolución negativa de la ERC con la toma prolongada de IBPs, sin haber otro motivo que la explique.

7.4. Se ha mejorado notablemente en observar las indicaciones establecidas por protocolos para el tratamiento de AINES, fármacos de amplio uso y que favorecen la progresión de ERC.

CONCLUSIONES:
El proyecto ha facilitado la actualización de los elementos que inciden en la progresión de la ERC, y la toma de conciencia de hacer un control más exhaustivo desde Atención Primaria.
Los profesionales del equipo de AP disponen de documentación actualizada para su consulta sobre la influencia de los fármacos que se deben o no prescribir, y cómo reducir las dosis según el grado de afectación renal.
El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1278 ===== ***

Nº de registro: 1278

Título
DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MALO GRACIA MARIA ELENA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Pacientes con Enfermedad Renal crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La importancia y utilidad del proyecto nace debido a la prevalencia de la ERC que va aumentando de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años), presentándose asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica.
Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >65 años, con pluripatologías varias, es aconsejable detectar precozmente esta ERC con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, disminuir la progresión del riesgo de eventos cardiovasculares, así como reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad.
Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI de los criterios que identificarían la ERC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección precoz de la ERC mediante la evaluación del FG y de la albuminuria, al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:
- Creación del episodio de ERC ajustándose a los valores indicados.
- Disminuir los factores de progresión y prevención del deterioro de la capacidad funcional para reducir la morbimortalidad cardiovascular
- Reducir la iatrogenia por el uso inadecuado de fármacos que repercuten en el deterioro de la función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

MÉTODO

- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar.. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaran tantas sesiones clínicas sean necesarias con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la Función renal:
 - 1) Abordaremos las nuevas recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs
 - 2) La influencia de los AINE sobre el deterioro renal y el riesgo cardiovascular
 - 3) Importancia de un buen control de DM tipo 2 en pacientes con ERC
 - 4) Repercusión de la tensión arterial mal controlada en la función renal.
- Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo.

INDICADORES

En pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

1. Personas mayores de 60 años
2. Hipertensión arterial
3. Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 evolucionada
4. Antecedentes de enfermedad cardiovascular

Detectar una vez al año:

- * FG inferior a 60 ml/minuto/1,73 m2 y confirmarse siempre su persistencia durante al menos 3 meses.
- * En todos aquellos pacientes que reúnan este criterio, se abrirá el episodio en OMI de ERC U99
- * Se obtendrán los datos de las analíticas realizadas de forma programada en el Centro de Salud.

DURACIÓN

- 1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores, cómo realizar registro en OMI e información sobre fármacos que influyen en ERC y vigilancia de los mismos. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.
- 2) Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 29 de Mayo
- 3) Sesión clínica sobre AINES y ERC. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 5 de Junio
- 4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio. Responsable: coordinador del mismo.
- 5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
- 6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
- 7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ELENA MALO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ
MARCO AGUADO MARIA ANGELES
SANZ JACA AURORA
LANZAROTE NASARRE LOURDES
PELEATO LOPEZ OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.

5.2. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.

5.3. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad. Se realizaron 3 sesiones clínicas con el objetivo de actualización de protocolos en vigor:

5.3.1. Sesión clínica de revisión del Protocolo del paciente polimedocado, establecimiento de marcadores y forma de registro en OMI. 12 Junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.

5.3.2. Sesión clínica definiendo los indicadores y adecuación de la medicación: criterios de STOPP/START, criterios de Beers, escalas de riesgo anticolinérgico, BOT-SALUD. 19 junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.3.3. Sesión clínica definiendo la seguridad de los medicamentos: RAM frecuentes en ancianos, interacciones fármaco-fármaco y los medicamentos en la insuficiencia renal. 22 junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.4. Plan de información a los pacientes con polimedicación, para discutir y acordar cambios sobre su medicación y suspender medicamentos no indicados.

Se llegó a un acuerdo con los profesionales médicos del equipo para dar la información precisa y de forma individualizada a los pacientes polimedocados, sobre el consumo de fármacos, la necesidad de control de los mismos, así como de evaluar periódicamente las indicaciones que propiciaron su prescripción.

5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 de agosto 2017. Se valoran los resultados el 6 de Noviembre 2017.

5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.

5.7. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2017. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. Test de concordancia realizado por enfermería/Nº de polimedocados = 39,8%

6.2. Test de adherencia realizado por enfermería /Nº de Polimedocados = 45,6%

6.3. Revisión clínica del médico/Nº de Polimedocados = 33,98%

6.4. Nº Pacientes a los que se ha dado información personal sobre la medicación/Nº de polimedocados = 33,98%

6.5. VALORACIÓN DE RESULTADOS:

Tras la valoración de resultados del primer seguimiento a fecha de 31 de Agosto, no se observó una mejora de los indicadores por varios motivos:

1) Por una parte por coincidir este primer seguimiento con los meses vacacionales del personal del CS.

2) Por otra parte porque al solicitar el corte de datos a informática, se hizo con los datos nuevos durante el periodo del 1 de junio al 31 de agosto. Por lo que no se cuantificaron los episodios abiertos anteriormente a dicha fecha. Se ha rectificado para el seguimiento final.

En el corte de final de proyecto, se ha observado una mejoría espectacular en el seguimiento de estos pacientes y revisión de medicación tanto por parte de enfermería como de medicina. Ello es debido a la rectificación del modelo a seguir tras valoración de los resultados del primer seguimiento que no fueron aceptables.

6.6. OBTENCIÓN DE DATOS:

Se solicitaron en ambos periodos (seguimiento y final) la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca para la extracción de datos, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Aunque la fecha prevista de finalización del proyecto era a 31 de Diciembre del 2017, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

solicitó terminar el 20 de Diciembre para poder elaborar la memoria final que se debe presentar antes del 31 de Diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 7.1. Se ha conseguido hacer una revisión periódica de los medicamentos que toman los pacientes polimedificados, comprobando errores en dosificación y tiempo de tratamiento. También nos ha permitido ver el grado de cumplimiento, adherencia y concordancia de nuestros pacientes.
- 7.2. Se ha favorecido el hábito en los profesionales del EAP de hacer una revisión periódica del protocolo del anciano en OMI.
- 7.3. Hemos conseguido mejorar el cumplimiento terapéutico en el polimedicado, favoreciendo la adherencia terapéutica.
- 7.4. Se ha evitado, en lo posible, las duplicidades de fármacos, las interacciones medicamentosas y reacciones adversas, impidiendo la aparición de cascadas terapéuticas.
- 7.5. Nos hemos familiarizado con la desprescripción de determinados fármacos que no aportaban ningún beneficio al paciente, siendo perjudiciales en algunas ocasiones.

CONCLUSIONES:

El proyecto ha facilitado el hábito de cumplimentar el protocolo del plan de paciente polimedicado de OMI, que nos había deparado sorpresas en cuanto a la poca evaluación que se hacía del mismo. Los profesionales del equipo de AP disponen de documentación actualizada para su consulta, haciendo hincapié en aquellos fármacos susceptibles de ser suspendidos por lo innecesario de los mismos o por su inadecuación en el estado del paciente. El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1279 ===== ***

Nº de registro: 1279

Título
REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MALO GRACIA MARIA ELENA, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, SANZ JACA AURORA, LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES, PELEATO LOPEZ OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Polimedicado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población anciana es, en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial. En esta población es especialmente frecuente la polimedicación, definida como el uso conjunto de más de 5 fármacos. La polimedicación puede estar asociada a la prescripción y uso de fármacos innecesarios o inadecuados y supone mayor riesgo de mal uso, de errores de dosificación, de baja adherencia terapéutica o incumplimiento, de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas medicamentosas (RAM). La polimedicación es además un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano. Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >75 años, con pluripatologías varias, y con toma de más de 5 fármacos, es aconsejable hacer una revisión y seguimiento de los mismos para reducir el consumo innecesario, con el fin de reducir la morbi-mortalidad, así como el gasto innecesario para los pacientes y la sociedad. Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI referido al Plan de Paciente Polimedicado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

- * Prevenir riesgos asociados al empleo de medicamentos en el anciano.
- * Prevenir errores de medicación fomentando una cultura de seguridad en la actividad diaria de los profesionales.
- * Prevenir el incumplimiento terapéutico
- * Evitar las cascadas terapéuticas.
- * Familiarizarse con la desprescripción

MÉTODO

* Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario

* Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre:

1) La indicación y adecuación de la medicación:

- Criterios STOPP/START
- Criterios Beers

- Escalas riesgo anticolinérgico

- BOT-SALUD

2) La seguridad de los mismos:

- RAM frecuentes en ancianos

- Interacciones

- Medicamentos en Insuficiencia Renal

* Plan de información a los pacientes con polimedicación, para discutir y acordar cambios sobre su medicación y suspender medicamentos no indicados.

INDICADORES

Para la identificación de los pacientes polimeditados se realizará un seguimiento farmaterapéutico individualizado de los pacientes de más de 75 años.

1. 1. Personal de enfermería realizará la entrevista inicial para delimitar cuales cumplen con el requisito de tomar de forma crónica 5 principios activos diferentes en los 6 últimos meses de la revisión, a partir de la Receta Electrónica a nombre del paciente.

En caso positivo revisará la prescripción, concordancia y adherencia, con el objetivo de valorar los aspectos relacionados con la utilización de los medicamentos por los pacientes ancianos:

* Valoración socio-sanitaria (Barber), funcional (Barthel) y cognitiva (Pfeiffer)

* Valoración de la concordancia y grado de conocimiento (determinar qué fármacos toma realmente el paciente, incluida la dosis y patrón de las tomas)

* Valoración de la adherencia terapéutica (test de Morinsky-Green-Levine)

1.2. Posteriormente se valorará por el médico de Atención Primaria que hará la revisión clínica de los medicamentos:

- Jerarquización de las patologías

- Ligar cada fármaco que toma el paciente a la patología que trata.

- Replantear el plan terapéutico

Todas estas actividades quedarán registradas en el Programa OMI-AP, Paciente Polimeditado.

DURACIÓN

1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores y cómo realizar registro en OMI. Criterios a establecer en cada una de las visitas y revisiones a realizar. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.

2) Sesión clínica sobre Criterios STOPP/START. Criterios Beers. Escalas riesgo anticolinérgico. Responsable: M^a Ángeles Marco Aguado. Fecha prevista 12 de Junio,

3) Sesión sobre manejo de escalas, registro en OMI, y BOT-SALUD. Responsable: M^a Ángeles Marco Aguado. Fecha prevista: 19 de Junio.

4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio.

5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio

6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.

7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1348

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE LOURDES LANZAROTE NASARRE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUERRERO ALVAREZ BELEN
MONTORI TORRIJOS SARA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
BORREL MARTINEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan 2 reuniones de equipo en las que se da formación a los profesionales siguiendo las recomendaciones de la PACAP en la guía ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? Se analizar las necesidades reales por parte del equipo en materia de educación Comunitaria llegando a la conclusión que se debe enfocar en un principio hacia la educación en el autocuidado especialmente de ancianos y adultos debido al envejecimiento de la población de la zona y a la dispersión de la misma
El 19 de Diciembre se realiza Consejo de Salud de Zona en el que se explica el proyecto y se pide apoyo y colaboración a distintas asociaciones(Amas de casa, Cruz Roja,) y Ayuntamientos de la zona así como a la trabajadora social mostrando buena disposición para realizar actividades comunitarias por parte de estos. Diseñamos la Agenda Comunitaria quedando pendiente la puesta en marcha ya que las fechas de celebración del Consejo de Salud ha hecho que se retrase.
Tras las Navidades está previsto comenzar con las actividades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS:

- Analizar las necesidades reales de la población de la zona salud en materia de Educación Comunitaria. SI
- Creación de una Agenda Comunitaria SI
- Realizar una Educación Comunitaria orientada a las necesidades de la zona. Pendiente

INDICADORES:

- Sesiones formativas del EAP: 4
- Médicos y enfermeros formados en el plan de implantación de la agenda: 11
- Contactos intersectoriales: Ayuntamiento Ayerbe, Consejo de Salud, Trabajador social, Asociación amas de casa de Ayerbe.
- Diseño de Agenda Comunitaria de acuerdo a las características de la población: Si
- Puesta en marcha de la agenda Comunitaria: No
- Nº de actividades de la agenda comunitaria puestas en marcha: Ninguna

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a la dispersión de los profesionales del equipo y de la población resulta complicado el realizar reuniones y hacer contactos con la población para poder coordinar el proyecto.
Queda pendiente la puesta en marcha de la Agenda debido al retraso del proyecto condicionado a la celebración del Consejo de Salud de zona que se realiza el 19 de Diciembre de 2017.
Tras las Navidades queda pendiente comenzar con las actividades de la agenda teniendo previsto un taller de medicación y otro de alimentación saludable en el anciano

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1348 ===== ***

Nº de registro: 1348

Título
CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S.AYERBE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1348

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE

LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MONTORI TORRIJOS SARA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, SANZ JACA AURORA, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Comunitaria es un pilar fundamental dentro de la Atención Primaria formando parte de su cartera de servicios. Cada vez más, la población en general, demanda una atención comunitaria desde la perspectiva de la prevención y la promoción de la salud .

La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables . Por lo tanto se pretende que esto sea la primera fase de un proyecto estratégico de Atención Comunitaria para que se implante de forma estable en nuestra Zona Básica de Salud

RESULTADOS ESPERADOS

-Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación Comunitaria.
-Creación de una Agenda Comunitaria.
-Realizar una Educación Comunitaria orientada a las necesidades de la zona.

MÉTODO

- Sesiones formativas del EAP .
-Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador social, colegio y distintas asociaciones de la zona para crear un entorno que apoye la salud.
-Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
-Diseño físico de la Agenda Comunitaria.
-Puesta en marcha de la Agenda

INDICADORES

-% de médicos y enfermeras formados en el plan de implantación de la agenda comunitaria.
-Nº de acuerdos intersectoriales para desarrollar actividades comunitarias.
-Diseño de Agenda Comunitaria de acuerdo a las características poblacionales.
-Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

DURACIÓN

-Junio- sesiones formativas del EAP
-Julio a Septiembre -Establecer contactos comunitarios intersectoriales.
-Octubre- Análisis de los datos obtenidos en las distintos encuentros.
-Diciembre- Diseño de la agenda.
-Febrero -Puesta en marcha de la agenda.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
CLAVERO PEREZ MANUEL
GUERRERO ALVAREZ BELEN
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
MALO GRACIA MARIA ELENA
RAMON CASANOVA RICARDO
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a evaluar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 7 de Mayo 2018.

5.2. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en Prevención Primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia y terapia combinada. Se realizaron 2 sesiones clínicas :

5.2.1. Sesión clínica sobre "Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes". Realizada el 10 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.2.2. Sesión clínica sobre "Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016". 14 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.3. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Septiembre 2018.

5.4. Primer seguimiento de resultados a fecha de 30 de septiembre 2018. Se valoran los resultados y se remiten a Atención Primaria el 11 de Octubre 2018.

5.5. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre valoración de resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. Se realiza el 15 de Octubre 2018.

5.6. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2018. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 6.1. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio = 8,47%
- 6.2. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio = 7.64%
- 6.3. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio = 91,52%
- 6.4. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio = 92,35%
- 6.5. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia = 80,7%
- 6.6. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia = 83,56%
- 6.7. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 4,8%
- 6.8. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 3,11%

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- Los objetivos iniciales que nos planteamos era conseguir modificaciones superiores al 5% en cuanto a reducción de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes combinados en prevención primaria. Y hay que decir que las expectativas han sido superadas con casi un 10% de reducción, lo que ha sido posible a una revisión a fondo de las indicaciones marcadas por las guías y aplicadas a nuestros pacientes.

- Importante ha sido la reducción de ezetimiba en monoterapia, de algo más de un 35%, acorde con los planteamientos de las Guías Europeas de dislipemias. Las indicaciones eran claras en cuanto a su utilización siempre que no se toleren estatinas. Por tanto tras una revisión a fondo de las indicaciones en prevención primaria, se comprobó que muchos de los pacientes no las cumplían.

- Esta mejora de resultados final se consiguió tras la valoración de los mismos en el primer seguimiento llevado a cabo en octubre, donde se recogieron datos que, aunque mejoraban los iniciales, distaban mucho de ser los actuales finales. Por tanto la valoración de estos datos en una reunión por el equipo repercutió en una mejora en la consecución de los planteamientos del proyecto.

- Este proyecto ha tenido un importante impacto en el tratamiento de nuestros pacientes, que sin tener ninguna patología cardiovascular, han visto reducido el uso de hipolipemiantes combinados, con la consiguiente mejora en evitar efectos secundarios.

- Los indicadores utilizados se acordaron inicialmente con la farmacéutica del Sector de Huesca, que orientó a aquellos que nos facilitarían una extracción de datos a partir de los listados proporcionados por la misma. Por tanto, los listados de los pacientes actualizados en el primer seguimiento y el final, han sido proporcionados por la farmacéutica, y analizados directamente en el Centro de Salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

- La actualización de los componentes del equipo en cuanto a las indicaciones de los tratamientos hipolipemiantes ha sido un factor primordial a la hora de la consecución de los objetivos iniciales. Los diversos recordatorios han facilitado al equipo una actualización que ha permitido mejorar las indicaciones iniciales de hipolipemiantes, así como la posibilidad de desprescripción de aquellos que no las cumplían. Todo ello se ha objetivado en los sucesivos cortes del proyecto llevados a cabo: disminuyo el uso de hipolipemiantes combinados en el primer seguimiento un 5,54%, y en el corte final se ha conseguido una disminución del 9,79%, datos que dan muestra de la importancia de hacer una revisión exhaustiva de los tratamientos.
- Se comenzó a revisar las prescripciones de ezetimiba en aquellos pacientes que la llevaban combinada o en monoterapia, favoreciendo la desprescripción en los casos en que no estaba indicada, consiguiendo una reducción de 35,2%.
- Todo ello supone una mejora muy sustancial respecto a los datos que el CS Ayerbe presentaba en la comparativa con el resto de centros del sector Huesca al comienzo del proyecto. La decisión de proponer este plan de trabajo era para mejorar los cifras iniciales.
- Pero la mejora no solo es a nivel de los pacientes, sino incluso a nivel de consumo farmacéutico reduciendo los costes del mismo.
- Los profesionales del equipo de AP disponen en estos momentos de documentación actualizada para su consulta sobre calculo de RCV, indicaciones de estatinas y resto de hipolipemiantes. Y un manejo más practico de todos ellos al poder contrastar la mejora sustancial del uso de los mismos.
- El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/549 ===== ***

Nº de registro: 0549

Título
REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, GUERRERO ALVAREZ BELEN, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, MALO GRACIA MARIA ELENA, RAMON CASANOVA RICARDO, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La importancia del proyecto nace tras la valoración de los resultados de los indicadores del Acuerdo de gestión de 2017 de nuestro CS, donde se aprecia un alto porcentaje de pacientes que tienen doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.
Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento mas eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. Pero en prevención primaria hay que estratificar, previamente, de forma individual el RCV, que nos ayudará a tomar la decisión de iniciar tratamiento con estatinas.
El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorar la suspensión de uno de los fármacos según los criterios establecidos en las GPC.
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con estatinas y ezetimiba en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

monoterapia, y valorar la idoneidad del hipolipemiente usado, si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC y determinar el cambio del mismo si es necesario

MÉTODO

- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario.
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada:
 - o Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.
 - o Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.
 - o Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.
 - o Tratamiento tanto en monoterapia, como combinado: pautas, indicaciones y perfil de seguridad.
 - o Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016.

INDICADORES

- Se considerarán Prevención Primaria todos los diagnósticos SIN CÓDIGO CIAP K74 (angina), K75 (IAM), K76 (enfermedad cardíaca arterioesclerótica) y K90 (accidente cerebrovascular/ictus).
- Se valorará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiantes y se procederá a su modificación o suspensión si es necesario.
 - 1) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio.
 - 2) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio.
 - 3) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio
 - 4) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio
 - 5) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia
 - 6) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia
 - 7) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia
 - 8) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia

DURACIÓN

- 1) Reunión preliminar con el EAP para presentación del proyecto. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 7 Mayo 2018
- 2) Sesión clínica sobre Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 14 Mayo 2018
- 3) Sesión clínica sobre Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 21 Mayo 2018
- 4) Fecha de inicio del proyecto: 1 Junio. Responsable: coordinador del mismo.
- 5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Previsto para: Septiembre. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
- 6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre
- 7) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES LANZAROTE NASARRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIAS LIESA FRANCISCO JOSE
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MONTORI TORRIJOS SARA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
PEREZ GAMAZO VANESA
PELEATO LOPEZ OLGA
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A fin de proyecto se han realizado las actividades que se tenían programadas. Se han realizado tres sesiones en las distintas residencias de la zona. En las que se han hablado de:

- Lavado de manos con un taller práctico con lámpara UVA y reactivo para ver técnica correcta.
- Signos y síntomas más importantes en el anciano a valorar por parte del personal de la residencia. Se les dan pautas de actuación en tales casos y medidas a tener en cuenta en casos como hipoglucemias, síncope...
- Estado de vacunación y su importancia por parte de los usuarios de las residencias como de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado obtenido en los indicadores es el siguiente tras la revisión de la historia clínica del estado vacunal antes y después de las intervenciones.

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados gripe tras nuestra intervención:

- En Ayerbe 57% vacunadas, 14,2% desconocidos, 28,8% no vacunadas.

-En Agüero 28,5% vacunados y 57.3% no vacunadas, 14,2% desconocido

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados Hepatitis B tras

nuestra intervención:

-En Ayerbe 71,6% 14.2% desconocido, 14,2% no vacunadas

-En Agüero 57%, 21,5% desconocido, 21,5% no vacunadas

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados de dT tras nuestra intervención.

-En Ayerbe 62% vacunadas, 14,2% desconocido, 23,8 no vacunadas

-En Agüero 71% vacunadas, 14,5% desconocido, 14,5% no vacunadas

Nivel de conocimiento de los temas a tratar: Tras las sesiones realizadas el personal nos muestra subjetivamente por comentarios que nos realizan que las intervenciones y talleres realizados les han servido para aumentar conocimientos, aclarar dudas y para mejorar las relaciones con el centro de salud. También muestran su interés por otros temas distintos a los tratados y que se queda que se desarrollarán en futuras intervenciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo positiva de las intervenciones realizadas.

Se observa un aumento considerable del porcentaje de profesionales bien vacunados tras las sesiones y talleres realizados en especial es llamativo el aumento en la vacunación de VHB. Observamos que en cuanto a la vacunación de la gripe son más reticentes a ponerse, los trabajadores nos verbalizan su temor a los síntomas que pueden padecer tras la administración y eso se evidencia en la baja vacunación, lo que nos hace plantearnos otro tipo de estrategias para futuras intervenciones para aumentar este indicador.

El uso de material didáctico utilizado en el taller de lavado de manos nos parece muy adecuado para este tipo de sesiones ya que dinamiza el aprendizaje y hace que no sea tan pesado, por lo que para futuras intervenciones valoramos aumentar el uso de este tipo de técnicas de aprendizaje más que el formato de charla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/575 ===== ***

Nº de registro: 0575

Título
EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

Autores:

LANZAROTE NASARRE LOURDES, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA, ABADIAS LIESA FRANCISCO JAVIER, PEREZ GAMAZO VANESA, PELEATO OLGA LOPEZ, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ, GUERRERO ALVAREZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MANEJO DE PATOLOGÍA DEL ANCIANO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió "salud" en 1948 de la siguiente forma: "salud equivale a un completo estado de bienestar físico, mental y social que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad"

Por otra parte, en 1969 definió educación para la salud: "La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan".

Estudiando la población de nuestra zona básica de salud (ZBS), observamos que está muy envejecida, como así demuestra una pirámide poblacional regresiva. Esto se traduce en un número elevado de ancianos y enfermos crónicos, que precisan cuidado y atención de otra parte de la población, menos numerosa, más joven, pero que debe "mantenerse sana".

Este proyecto es la continuación de la creación e implantación de una agenda comunitaria en nuestro centro de salud.

Tras el estudio de la población y determinar las necesidades reales en la zona de salud de Ayerbe en materia de Comunitaria en el anterior proyecto, se pretende poner en marcha la agenda comunitaria mediante una serie de acciones sobre la población anciana buscando su empoderamiento en materia de salud y fomentar estilos de vida más saludables. El fin de este proyecto, es proporcionar a los habitantes de la comunidad conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida y la de los ancianos de su entorno, bien sea porque son trabajadores de residencias de ancianos, cuidadores en domicilio (contratados o familiares que tiene a su cargo personas mayores dependientes).

RESULTADOS ESPERADOS

Dar herramientas a la población encargada del cuidado de personas ancianas para saber:

- Gestionar su autocuidado: Promover la vacunación antigripal. Correcto lavado de manos y uso de antiséptico de manos, guantes. Uso de mascarilla en los casos indicados para evitar contagio del personal residente o del anciano en general. Correcta manipulación y movilización de los ancianos para evitar autolesiones.
- Identificar situaciones de riesgo para el anciano, principalmente: hipoglucemia, hipotensión, crisis hipertensivas, síncope.

MÉTODO

- Sesión formativa de higiene, lavado de manos y vacunas para prevención de transmisión y contagio de enfermedades infecciosas comunes en el entorno: gripe, gastroenteritis aguda, otras infecciones del tracto respiratorio.
- Sesión sobre signos de alarma en el anciano más comunes: síncope, hipoglucemia, hiperglucemia crisis hipertensivas.

INDICADORES

- 1- Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año antes de nuestra intervención.
 - 2- Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año después de nuestra intervención.
 - 3- Nivel de conocimiento de los temas a tratar, previo a la intervención (al inicio de la sesión)
 - 4- Nivel de conocimiento adquirido de los temas tratados (una vez finalizada la sesión)
- Los puntos 1 y 2 se evaluarán con la recogida de datos de vacunación en el registro existente en OMI
Los puntos 3 y 4 se evaluarán realizando un test al inicio de la sesión y otro al final para comparar los conocimientos previos con los adquiridos.

DURACIÓN

- 1) Reunión del equipo para presentación del proyecto: 4 junio 2018
- 2) Reunión del equipo para presentar materiales, ideas y propuestas para diseño de la intervención en la población diana: 18 junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

- 3) Reunión del equipo para ensayo de sesión propuesta y distribución de roles: 2 julio 2018
- 4) 1º Taller formativo equipo Residencia de Ayerbe (50% de la plantilla): 20 septiembre 2018
- 5) 2º Taller formativo equipo residencia de Ayerbe (50% restante): 27 septiembre 2018
- 6) Taller formativo equipo residencia de Agüero: 4 octubre 2018 (y 10 de octubre 2018 en caso de precisar dos talleres)
- 7) Reunión del equipo para analizar la evolución y resultados del proyecto: 8 octubre 2018
- 8) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre 2018-04-24
- 9) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre

OBSERVACIONES

Debido al amplio número de población que abarca el proyecto, implicando diferentes ámbitos (residencia, domicilio, poblaciones dispersas, etc) el principal objetivo en el presente año es llegar principalmente a los trabajadores de residencia, siendo nuestro interés intentar cubrir toda la población

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0068

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE VANESSA PEREZ GAMAZO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIAS LIESA FRANCISCO
BARECHE RIVARES MARIA
CASTRO MURILLO TRINIDAD
LANZAROTE NASARRE LOURDES
FRANCO CONSEJO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones con la profesora del colegio de Ayerbe, con el equipo sanitaria del centro de salud y con la unidad docente.
Maniquis cedido por la unidad docente, material informatico elaborado por personal sanitario.
Presentacion de power point y desarrollo del taller en la fecha prevista, 26 febrero del 2019 en el colegio de Ayerbe con 38 alumnos de de 5 y 6 primaria, con asisntecia mayor del 90%.
Se realizo una encuesta antes y despues del taller

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Asistencia superior al 90% de 38 alumnos en clase
Cuestionario pre con un 85 % de aciertos de 35 alumnos que acudieron y post con el 94% de los 35 alumnos que acudieron, obteniendo una mejoría sustancial de los conocimientos sobre la materia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Grado alto de satisfacion y la posibilidad de continuar trabajando con el colegio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

Autores:
PEREZ GAMAZO VANESSA, CASTRO MURILLO TRINIDAD, LANZAROTE NASARRE LOURDES, FRANCO CONSEJO MARIA, ABADIAS LIESA FRANCISCO, BARECHE RIVARES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El colegio de Ayerbe valora la necesidad de realizar un taller práctico de primeros auxilios para los alumnos de 5º y 6º de Primaria.
Consideramos que la RCP básica en el medio extra hospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar y se valora la necesidad de aprenderla desde la infancia.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0068

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

Conocer numero de emergencia y como describir lo que ven.
Saber valorar la situación que tienen delante y si fuera necesario comenzar con la actuación recomendada para cada caso..

MÉTODO

Reunión con una de las profesoras del colegio de Ayerbe.
Reunión del equipo sanitario que va a realizar la actividad para organizar material y día.
Como recursos humanos, irán tres enfermeros del Centro de Salud de Ayerbe.
Como recurso material, maniquís cedidos por la unidad docente de Huesca.

INDICADORES

Realizar la actividad con al menos el 80 % de los alumnos (población diana: 35 alumnos) .
Realización de un test para saber los conocimientos pre y post a la actividad en el que se consiga más de un 80 % de respuestas satisfactorias.

DURACIÓN

Reunión y diseño de actividades: Enero 2019.
Realización de taller : el 26 Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0028

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ANA CARMEN GIMENEZ BARATECH
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BOSQUE OROS ANADEL
VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES
ASCASO CASTAN MARIA LOURDES
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Selección de temas: ejercicios osteoarticulares y correcto lavado de manos.
2. Elaboración de la parte teórica.
3. Elaboración de encuestas de satisfacción adaptadas a lso temas.
4. Selección de las poblaciones, cartelera e información de las actividades.
5. Realización de las actividades programadas. Se llevaron a cabo 2 charlas, 12 talleres de escuela de espalda, 12 talleres de lavado de manos y 10 talleres de estiramientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores propuestos:

1. N° de talleres programados ejercicios osteoarticulares 13 / n° talleres realizados 12; con resultado mayor al 80% propuesto
2. N° de talleres programados taller lavado de manos 13 / n° talleres realizados 12; con resultado mayor al 80% propuesto
3. N° de poblaciones donde se han impartido los talleres 12 / n° poblaciones adscritas al centro de salud 14 alcanzando el 85%
4. Porcentaje de asistentes satisfechos con las actividades mayor al 98%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las necesidades expresadas por la población a los sanitarios favorecen la participación activa en las actividades programadas. Así mismo, el realizar la actividad en las poblaciones, evitando desplazamientos a los usuarios, produce por una parte una mayor respuesta y por otra un acercamiento de la figura del sanitario a la población. Por otra parte, no nos ha sido posible evaluar los conocimientos adquiridos tras los talleres, si bien los asistentes han expresado su satisfacción tras realizarlos. Quedaría pendiente este punto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/28 ===== ***

N° de registro: 0028

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, BOSQUE OROS ANNADEL, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

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

Enfoque: Participación comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0028

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el C.S. Berdún se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Dada la prevalencia de dolores osteomusculares en una población envejecida, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos en diferentes pueblos. Para ello se seleccionaron dos temas: el primero, ejercicios cervico-dorsales para fomentar el autocuidado y la disminución del uso de analgésicos para procesos banales; el segundo, el lavado de manos, de importancia para evitar la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover la interacción de los sanitarios con la población haciendo más cercana la figura del profesional.
- Dar herramientas no farmacológicas para el tratamiento de dolores osteomusculares, mediante la realización de ejercicios y estiramientos con el fin de que sean capaces de aplicarlos en la vida diaria.
- Promover el lavado de manos dada la importancia de que la población conozca la correcta técnica del lavado de manos y pueda transmitirlo a sus familiares.

MÉTODO

1. Selección de temas, teniendo en cuenta las preferencias de la población derivado de las encuestas realizadas en otras actividades: Ana Arnal.
2. Elaboración de la parte teórica y selección de los ejercicios: Ana C. Giménez
3. Elaboración de las encuestas de satisfacción: Ana C. Giménez.
3. Información a la población y carteles informativos: Ana Arnal.
4. Realización de los talleres en diferentes poblaciones para evitar los desplazamientos a los usuarios: Ana Arnal.
5. Recogida de datos y evaluación: Teresa Garcés.

INDICADORES

Nº talleres programados/nº talleres realizados >80%

Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%

Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >80%

DURACIÓN

Planificación de proyecto: marzo 2016
Realización de los talleres: primer ciclo abril-mayo
segundo ciclo: octubre-noviembre
Evaluación parcial: junio 2016
Evaluación final: diciembre 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 - 2016/1246

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ANA MARIA ARNAL BARRIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actualizar el listado de pacientes EPOC según criterios de inclusión.
2. Realización de 2 sesiones clínicas del EAP para actualizar conocimientos el 5 y el 19 de abril.
3. Selección de encuesta(Osakidetza del País Vasco) acerca de los conocimientos de su enfermedad, utilización de inhaladores, actuación ante reagudizaciones y tratamiento no farmacológico.
4. Realización individual de la encuesta en las consultas a EPOC con tratamiento de inhaladores.
5. Evaluación de los resultados obtenidos de las encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores propuestos:

1. N° de pacientes participantes/n° total de pacientes con EPOC con inhaladores: 21 pacientes participantes/ 24 pacientes EPOC con inhaladores.87% . Supera el 70% marcado.
2. N° de pacientes con conocimientos adecuados de su enfermedad (qué es EPOC, uso de inhaladores, cómo actuar en reagudizaciones)/n° total de participantes en la encuesta: 19 pacientes con conocimientos correctos/ 21 participantes. 90%. Supera ampliamente el standar marcado del 50 %.
3. N° de pacientes que conocen y realizan tratamiento no farmacológico/n° total de participantes en la encuesta: 18 pacientes /21 pacientes participantes. 85%. Se ajusta al 90% prefijado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo una vez estudiados los resultados de las encuesta, es satisfactoria. Creemos que los talleres grupales impartidos en el 2016 y la educación individualizada en consultas ha influido en los buenos resultados obtenidos en las encuestas. Pensamos que la educación sanitaria individual es más efectiva dada la gran dispersión y la edad avanzada de la población por lo que se seguirá realizando esta actividad en las consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1246 ===== ***

N° de registro: 1246

Título
VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN CS BERDUN

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1246

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN

PROBLEMA

La EPOC conlleva una gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control y seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones con su consecuente coste económico y social.
El autocuidado es un término aplicado a los programas educativos encaminados a enseñar habilidades necesarias para realizar actuaciones específicas para la enfermedad, guiar el campo de conductas de salud y prestar apoyo emocional a los pacientes para el control de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.
Dado que el abordaje de la EPOC es prioritaria dentro de las líneas estratégicas del SALUD, decidimos conocer el grado de conocimiento que tienen dichos pacientes de su enfermedad y de su tratamiento para después realizar una mejora en su autocuidado y habilidades.

RESULTADOS ESPERADOS

- La población diana serán los pacientes diagnosticados de EPOC moderado -grave que utilicen inhaladores adscritos al CS de Bedún.
- Valorar el grado conocimiento de dichos pacientes de la enfermedad, utilización de inhaladores, actuación ante las reagudizaciones y tratamientos no farmacológicos.
- Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y mejorar el autocuidado de los pacientes con EPOC en tratamiento con inhaladores.

MÉTODO

- Actualizar el listado de pacientes EPOC según los criterios de inclusión.
- Realización de 2 sesiones clínicas del EAP para actualizar conocimientos.
- Búsqueda y selección de encuesta de conocimientos, actitudes y habilidades..
- Realización individual la encuesta al inicio de la actividad. Después de realizar el taller o la educación sanitaria individual, se les volverá a realizar la misma encuesta, para valorar si se han alcanzado los objetivos .
- Llegar a conseguir el correcto autocuidado de los pacientes.

INDICADORES

- nº de pacientes participantes/ nº total de pacientes EPOC > 70%
- . nº pacientes con conocimientos adecuados de su enfermedad / nº total de pacientes participantes al inicio del estudio.
- . nº pacientes con mejora de sus conocimientos / nº total de pacientes participantes al final del estudio > 50%
- . nº de pacientes con correcto uso de los inhaladores al final de la educación sanitaria / nº total participantes . >90%

DURACIÓN

1. Repasar el listado de pacientes con EPOC. Abril 2017
2. Realización de sesiones clínicas del EAP. Abril/mayo 2017.
3. Evaluación de conocimientos, manejo de la enfermedad y evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades mediante encuesta. Mayo junio 2017
4. Realización de talleres y educación individualizada. Junio- septiembre 2017.
5. Evaluación final. Octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES ASCASO CASTAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER
ARNAL BARRIO ANA MARIA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Presentación del programa del CCR por parte de DAP de Huesca a todo el personal sanitario.
Recepción del listado de la población diana y corrección de errores.
Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario.
Captación activa (llamada telefónica y entrevista personal) a partir del listado de los usuarios que no se pusieron en contacto con el personal sanitario.
Registro de las causas de exclusión del programa de prevención del CCR.
Registro de las patologías detectadas tras el test positivo.
Educación sanitaria individualizada en consulta de enfermería a los usuarios con SOH +.
Realización de una hoja informativa con medidas higiénico-dietéticas para la prevención del CCR.
Todas las acciones se han realizado según calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de test de SOH realizados tras la captación por carta, han alcanzado el 63,45% de la población diana, lo que cumple nuestras expectativas de alcanzar un mínimo de un 60%. La literatura médica reconoce una captación del 35 al 60 %.
Tras la captación activa de los pacientes con negativa a realizarse el test, solamente cambiaron de opinión y trajeron la muestra el 31,25 %, es decir 10 de los 32 pacientes a los que se contactó de forma individual, cuando nuestro objetivo era del 50%. Después de revisar la literatura vemos que nuestro objetivo era muy alto ya que los programas de detección de CCR en Murcia y en Hospitalet solo consiguen recaptar un 12 y un 15%.
Como indicadores logrados de interés para la salud tenemos:
- Se han diagnosticado 2 adenocarcinomas en fase precoz de los 15 usuarios con resultado de SOH positiva y a los que se realizó colonoscopia .
- Además se diagnosticaron 2 lesiones premalignas que serán re-evaluadas en 1 año y 6 usuarios con lesiones benignas que serán controlados en 5 años.
Resaltamos que uno de los adenocarcinomas diagnosticados fue en una usuaria con negativa a realizarse el test tras recibir la carta, que aceptó tras la captación activa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Llegamos a la conclusión de que es difícil convencer a los usuarios que han expresado su negativa al inicio del programa de prevención, aunque la ganancia en salud justifica la actitud activa. Creemos que habría que fijar objetivos más realistas.
Tras realizar la educación sanitaria individualizada en los usuarios con SOH +, se evaluarán los conocimientos adquiridos con una pequeña encuesta a los 6 meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1248 ===== ***

Nº de registro: 1248

Título
CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN CS BERDUN

Autores:
ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, ARNAL BARRIO ANA MARIA, GARCES ROMEO TERESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras varios variadas demoras por problemas organizativos, se implantó en febrero 2017 el Plan de prevención de cáncer colorrectal (CCR) en C.S. Berdún. Dado que la población diana seleccionada por el SALUD son los usuarios de 60 a 70 años, lo que supone 139 personas en CS Berdún, nos propusimos superar el porcentaje de captación del 60% previsto, para lograr la mayor eficiencia posible de dicho programa.

RESULTADOS ESPERADOS

- Diagnosticar en la fase precoz los posibles casos de cáncer colorrectal en la población de mayor riesgo.
- Implantar de forma bienal el Programa de prevención del cáncer colorrectal en C.S. Berdún
- Conseguir que el 80% de la población diana seleccionada por el SALUD se realice el test inmunológico.
- Realizar posteriormente un seguimiento a aquellos con resultado positivo del test

MÉTODO

- Presentación del programa de prevención del cáncer colorrectal por parte de D.A.P. de Huesca a todo el personal sanitario.
- Recepción del listado de la población diana. Corrección de errores.
- Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario.
- Captación activa a partir del listado de los usuarios que no se hubieran puesto en contacto con el personal sanitario.
- Registro de las causas de exclusión del programa de prevención del CCR.
- Registro de las patologías detectadas tras el test positivo.

INDICADORES

- Nº usuarios que responden a la cita por carta / población diana >60%
- Nº usuarios que se realizan el test tras la captación activa / nº usuarios con captación activa >50%
- Nº pacientes con SOH+ / población que se ha realizado la prueba
- Nº pacientes detectado con CCR / población diana > 1

DURACIÓN

- Febrero 2017: presentación del programa y organización de actividades: Lourdes Ascaso
- Febrero 2017:Recepción del listado de la población diana. Corrección de errores. Lourdes Ascaso
- Febrero- Mayo 2017:Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario. Lourdes Ascaso
- Febrero- Mayo 2017:Captación activa a partir del listado de los usuarios que no se hubieran puesto en contacto con el personal sanitario: Lourdes Ascaso.
- Julio 2017: Análisis de los resultados. Ana C. Giménez.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0280

1. TÍTULO

TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA ARNAL BARRIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
BAZTAN OLLETA LAURA
GARCES ROMEO TERESA
ASCASO CASTAN LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se seleccionó el tema en función de la solicitud de alguna asociación y del equipo directivo del Colegio Rural Agrupado (CRA) Río Aragón.: Manejo inicial de situaciones de emergencia.
2- Se elaboró la parte teórica y práctica (según las guías), contactando con la Unidad Docente de Huesca para el préstamo de los maniqués de RCP.
3- Nos coordinamos con los municipios (petición de locales, horarios..) y se elaboraron carteles informativos sobre el tema, la fecha y hora de los talleres programados.
4- Se elaboró la encuesta de satisfacción y conocimientos después de cada uno de los talleres de forma individual. Al personal docente no se pudo realizar por falta de tiempo.
5- Se realizaron 5 talleres prácticos en 5 municipios y 1 taller en el CRA "Río Aragón" agrupando a los profesores y monitoras de comedor escolar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se llevaron a cabo los 6 talleres programados.
- En los talleres realizados en los municipios participaron 81 personas
- Al taller para personal docente acudieron 38 personas, que significa el 100% de los convocados
- Se pasó una encuesta con 2 apartados (satisfacción y adquisición de conocimientos):
a.- Satisfacción: El 100% expresaron su satisfacción con actividad realizada, su duración, local y material empleado.
b.- Conocimientos: A las preguntas sobre "aprender y/o actualizar conocimientos de activar la cadena de supervivencia y manejar una situación de urgencia vital", después del taller el 87% dieron respuestas correctas en la encuesta.
En el taller del CRA no se pasó encuesta por falta de tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los asistentes a los talleres han recibido información sobre cómo manejar una situación de emergencia,. Además se informó sobre el manejo y normativa general en Aragón del DESA. Realizar los talleres de forma básicamente práctica, ha facilitado la alta satisfacción de los asistentes. Al ser por la tarde y realizar la actividad en los municipios que solicitaron nuestra colaboración, se ha promovido la participación de personas más jóvenes que en otras actividades programadas. Tras los talleres, 4 ayuntamientos han adquirido un DESA. Los profesores mostraron su agradecimiento por la colaboración. El EAP se muestra satisfecho por alcanzar tan buenos resultados en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/280 ===== ***

Nº de registro: 0280

Título
TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, BAZTAN OLLETA LAURA, GARCES ROMEO TERESA, ASCASO CASTAN LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0280

1. TÍTULO

TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Diversas asociaciones y ayuntamientos expresaron la necesidad de realizar talleres prácticos de primeros auxilios dada la lejanía de los pueblos a los servicios médicos.
Además la adquisición de DESA por algunos ayuntamientos, ha generado la inquietud de la población ante posibles urgencias vitales.
Ya que la RCP básica en el medio extrahospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar, creemos de gran utilidad el conocimiento de esta práctica por el mayor número de personas.

RESULTADOS ESPERADOS

- conseguir que la población sepa manejar una situación de urgencia vital
- que la población sepa activar la cadena de supervivencia para agilizar la atención médica de urgencia
- dar a conocer la utilidad del DESA
- la población diana este proyecto se dirige a toda la comunidad

MÉTODO

- reuniones con diversos activos en la comunidad (profesores del CRA, asociaciones)
- reunión de equipo para diseñar la actividad y el calendario -realización de carteles, publicidad de la actividad
- elaboración de una encuesta básica sobre los conocimientos adquiridos
- realización de talleres por la tarde, fuera del horario laboral, para facilitar el acceso a la población trabajadora
- como recursos humanos para cada taller se desplazará un médico y una enfermera del EAP
- como recursos materiales se utilizarán los maniquís cedidos por la Unidad Docente de Huesca para que todos los asistentes realicen las maniobras de la RCP.

INDICADORES

- realizar la actividad al menos en 5 poblaciones de la zona de salud.
- realización de un test para la evaluación de los conocimientos adquiridos, en el que más del 80% respondan bien a las preguntas
- evaluación de satisfacción de la actividad: > 80% satisfechos o muy satisfechos

DURACIÓN

- reuniones, diseño de la actividad, petición de material y de locales: primer trimestre. Responsable Ana Arnal
- realización talleres: abril- mayo y octubre-noviembre. Responsable: Ana Arnal
- evaluación de la actividad mediante encuesta: diciembre: Ana Arnal y Teresa Garcés

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0619

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Fecha de entrada: 13/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ASCASO CASTAN LOURDES
GARCES ROMEO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Se seleccionaron 3 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, eligiendo el criterio de inclusión en reunión de equipo, mediante captación realizada de forma individual por teléfono o en consulta de enfermería.
- 2- Se seleccionó el material didáctico para impartir los talleres.: manual de educación diabetológica, fichas del método plato, fichas de cuidados de los pies, existente en la biblioteca del centro.
- 3- Se propusieron 4 municipios en un principio, pero sólo en 3 de ellos se logró la selección de más de 5 diabéticos con los criterios de inclusión propuestos.
- 4- Se elaboraron los contenidos de los 2 talleres que se impartieron en 3 municipios:
A. definición de la diabetes y tratamiento, técnica de autoanálisis y autocontrol, hipoglucemia con manejo de kit glucagon e hiperglucemia.
B. alimentación, ejercicio, pie diabético.
C. encuestas para la valoración de objetivos alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se impartieron 6 talleres en 3 municipios con un total de 20 participantes.
Se realizó una encuesta, pasado un mes, sobre las actividades realizadas con 4 preguntas:
El 95 % manifestó haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad.
El 80 % afirmó que actualmente realiza una alimentación adecuada.
El 70% dijo haber mejorado la rutina en el ejercicio.
El 85% piensa que ahora vigila mejor sus pies.
Finalmente la encuesta se realizó al mes de concluir los talleres lo que ha podido condicionar los buenos resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas, de tipo "talleres", consideramos que han resultado positivas para la consecución de los objetivos. Hemos pretendido dar y/o refrescar información, proporcionar conocimientos prácticos y modificar comportamientos, ya que consideramos que todo forma parte de la educación diabetológica, cuyo fin último creemos que es el AUTOCONTROL Y LA AUTONOMÍA por parte del paciente.
Por otro lado reseñar que ha sido interesante el intercambio de opiniones, experiencias y "modos de hacer las cosas" de los asistentes.
Creemos que este tipo de intervenciones pueden ser de utilidad en la reducción de complicaciones a corto y largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/619 ===== ***

Nº de registro: 0619

Título
RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Autores:
BAZTAN OLLETA LAURA, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ASCASO CASTAN LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0619

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras la evaluación del cuadro de mandos de diabéticos, detectamos que en nuestra población la mayoría de ellos son adultos con diabetes tipo 2, sobre los cuales la educación sanitaria resulta ser efectiva. Siguiendo las directrices de la DAP, seleccionamos este proyecto asistencial ya que es una línea estratégica del año 2018. Debido a que en la diabetes tipo 2 los usuarios son capaces de autogestionar y autocontrolar su enfermedad, desde el centro de salud nos proponemos realizar con ellos talleres de educación grupal. Los profesionales contamos con las herramientas necesarias para ayudar a que los pacientes adquieran los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y aumentar su capacidad de autogestión.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son los diabéticos tipo 2 con tratamiento farmacológico. Como objetivos nos proponemos:
- Promover el trabajo de enfermería en la educación grupal.
- Conseguir mediante los talleres, que los pacientes mejoren los conocimientos de su enfermedad, tratamiento farmacológico, hábitos de vida...; todo ello con el objetivo último de mejorar el autocontrol y la autonomía a través de la educación diabetológica.

MÉTODO

Selección de 4 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, según el criterio de inclusión elaborado en reunión de EAP.
Elección del material necesario para impartir los talleres.
Selección de los municipios en los que se realizarán los talleres, siendo al menos en 4 poblaciones diferentes.
Realización del primer taller: definición de la diabetes y tratamientos, hipoglucemia con el Kit glucagon e hiperglucemias.
Realización del segundo taller: alimentación y ejercicio, pie diabético.
Realización de encuestas para valoración de objetivos alcanzados.

INDICADORES

Número de poblaciones en las que se organizan los talleres: 4 municipios
Número de talleres realizados / número de talleres programados; 8 talleres.
Evaluar los conocimientos adquiridos mediante encuesta individual realizada antes y después de los talleres.
Para conocer si hemos conseguido alguna ganancia en salud se realizará, con posterioridad, una encuesta sobre " Hábitos de vida modificados" .

DURACIÓN

Mayo- junio 2018: selección de pacientes para los talleres y municipios: Lourdes Ascaso y Ana Arnal
Mayo-junio 2018: selección material a utilizar en los talleres: Laura Baztán.
Junio 2018: elaboración de las diferentes encuestas: Laura Baztán
Septiembre 2018: primer ciclo de talleres: Lourdes Ascaso, Ana Arnal y Laura Baztán
Octubre: segundo ciclo de talleres: Ana Arnal, Lourdes Ascaso y Laura Baztán.
Noviembre 2018: evaluación de las encuestas y valorar nuevos talleres según la respuesta de los asistentes: Ana Arnal .
Marzo 2019 : encuesta " Hábitos de vida modificados". Laura Baztán

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCIÓN CUATERNARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL OCHOA ROJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al finalizar el proyecto se han realizado la mayoría de las actividades previstas, si bien el traslado a otro centro sin previo aviso del médico responsable del proyecto ha originado importantes cambios y déficits que señalaremos.

- 1.- Se han realizado las 3 reuniones previstas para planificación, formativa y discusión de casos concretos y además fueron necesarias 4 reuniones más dada la complejidad del abordaje de varios pacientes.
- 2.- Se evaluaron de forma individualizada cada uno de los 49 paciente de forma cruzada, de tal forma que ningún médico evaluó a sus propios pacientes.
- 3.- Se rellenó para cada paciente el formato del "Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos"
- 4.- Se realizó por el médico que sufrió el traslado una base de dato excell de gran complejidad para la recogida de todas las variables a estudiar.
- 5.- Análisis estadístico: No ha podido ser correctamente evaluado al no tener acceso dicho médico a los pacientes de Berdún, por lo que no hemos podido realizar la evaluación de los 49 pacientes, sino solo de 30, excluyendo los 17 pacientes del médico trasladado y 2 fallecimientos. Además dada la complejidad del análisis estadístico no hemos podido completarlo en su totalidad. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por todo lo anteriormente expuesto los resultados obtenidos han sido muy inferiores a los esperados. Sin embargo en los 30 pacientes que han sido finalmente válidos hemos extraído los siguiente resultados según los indicadores prefijados:

Nº de pacientes que dejan de ser polimedicados / Nº de paciente polimedicados = 6 / 30 = 20% (indicador 10%)

Nº de pacientes a los que se es ha realizado alguna modificación/ Nº polimedicados estudiados=
17 / 30 = 56%. (indicador 20%)

Nº de fármacos no indicados suprimidos/ Nº fármacos no indicados = 16 / 20 = 80% (indicador 20%)

Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas = 8 / 10 = 80 % (indicador 75%)

Nº de interacciones corregidas / Nº de interacciones detectadas = 3 / 3 = 100% (indicador 50%)

Nº pacientes con reducción de riesgo anticolinérgico / Nº de pacientes en riesgo anticolinérgico =
0 / 2 = 0% (indicador 20%).

Los fármacos no indicados suprimidos fueron 6 omeprazoles, 1 cinitaprida, 1 furosemida, 1 terbutalina inhalada y 2 corticoide inhalado, 3 alopurinol en hiperuricemia asintomática,

Las duplicidades detectadas fueron:

Dos diuréticos de asa: furosemida y torasemida.,

Paracetamol y tramadol con fármacos que asocian estos 2 fármacos.

Vitamina D con fármacos que asocian esta vitamina con calcio.

Lorazepam y lormetazepam tomados ambos por la tarde noche.

Dos antagonistas alfaadrenérgicos: la doxazosina para el tratamiento de HTA y la tamsulosina para la HBP

No se cambiaron los 2 fármacos con riesgo anticolinérgico, por ser un antidepresivo y otra una quietapina con buenos resultado en las 2 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Trabajar sobre el paciente polimedicado es siempre complejo y no siempre los resultados son alentadores. Sin embargo el valorar pacientes de otros compañeros ofrece una visión nueva del tratamiento, ya que el médico de cabecera ha podido perder perspectiva tras haberlo tratado durante mucho tiempo.

Aunque el número pacientes final solo ha sido de 30, por las razones ya expuestas, los buenos indicadores

obtenidos, nos impulsan a creer que la valoración cruzada es de mayor efectividad.

Al no poder contar con el análisis estadístico no hemos podido evaluar los fármacos más prevalentes dentro de la polimedicación ni los diagnósticos que inducen más a la prescripción múltiple ni medir el grado de inercia médica aunque si se ha realizado prevención cuaternaria en aquellos pacientes a los que se les suprimido fármacos potencialmente peligrosos o se han corregido duplicidades, y suspendido fármacos no indicados.

Aunque damos por cerrado este proyecto, queda abierta la posibilidad de repetirlo dentro de unos meses, dada la utilidad práctica y los resultados en salud conseguido en varios de estos pacientes.

Por último comentar la gran utilidad del "Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

para realizar una revisión sistemática del paciente polimedicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/625 ===== ***

Nº de registro: 0625

Título
PACIENTE POLIMEDICADO: ENTRE LA INERCIA MEDICA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Autores:
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Polimedicado
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras el análisis de los datos del AGC 2017, vemos que en el CS Berdún el número de pacientes con más de 5 fármacos permanece estable a lo largo de los años, a pesar de las revisiones anuales realizadas por los MAP. Quizá la revisión de los mismos pacientes por parte de su propio médico de familia resta objetividad a la hora de realizar valoraciones clínicas y posteriores ajustes. Por ello nos planteamos hacer dicha revisión de forma más exhaustiva y por otro profesional distinto al médico de familia habitual. Las interacciones, los efectos secundarios y la utilización de fármacos de baja eficacia son causa de yatrogenia, evitable en parte, con una correcta revisión estructurada del tratamiento. Además, así abordamos una línea de cuidados estratégicos según el AGC 2018.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es disminuir la yatrogenia evitable en pacientes mayores de 75 años que estén tomando 6 o más principios activos. Si bien esa es nuestra población diana, dada la complejidad del trabajo a realizar, seleccionaremos una población del 51,5% (N:95 margen de error del 10% y nivel de confianza 95%), para trabajar en 2018 completando el total en 2019. Mediante la revisión estructurada queremos conseguir, siempre de acuerdo con el médico de familia del paciente, lo siguiente :
- suprimir fármacos no indicados en el momento del estudio,
- evitar duplicidades,
- investigar las posibles interacciones y evitarlas en lo posible,
- ajustar dosificación según las características del paciente,
- reducir el riesgo anti colinérgico en el mayor número de pacientes posible.

MÉTODO

- Reunión para planificación del proyecto y puesta en común de actividades a realizar:1 reunión.
- Reunión formativa para aclarar conceptos, valoración riesgo anti colinérgico, objetivos terapéuticos...: 2 reuniones.
- Selección de la población diana de forma aleatoria con criterio de exclusión la pertenencia a cada cupo médico para conformar 3 grupos.
- Elaboración del estudio de cada paciente individualizado mediante la utilización del formato unificado propuesto por el Proyecto del Polimedicado.
- Consensuar con el médico de familia los posibles ajustes.
- Evaluación de los resultados del 2018 y replanteamiento de los objetivos para 2019 según los resultados obtenidos.

INDICADORES

Nº pacientes que dejan de ser polimedificados / Nº pacientes polimedificados estudiados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Nº pacientes a los que se ha realizado alguna modificación / Nº pacientes polimedicados estudiados
Nº de fármacos no indicados suprimidos / Nº fármacos no indicados totales
Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas
Nº de interacciones corregidas / Nº interacciones detectadas
Nº de pacientes con reducción de riesgo anti-colinérgico / Nº pacientes en riesgo anti-colinérgico

DURACIÓN

Reunión para planificación del proyecto : Ana Carmen Giménez, abril
Reunión formativa y selección de la población diana: Miguel Ochoa, abril-mayo.
Elaboración del estudio de cada paciente individualizado: Miguel Ochoa, mayo a octubre.
Replanteamiento objetivos Miguel Ochoa, diciembre 18- enero 19

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER FUENTES ARNALDOS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ABELLANAS JARNE LORENA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado tres reuniones de equipo: una en febrero, otra en marzo y la última en octubre.

Las dos primeras reuniones para establecer las dinámicas de presentación, fechas de los talleres en las poblaciones receptoras, conocer diversas técnicas de relajación, estableciéndose como la más apropiada para nuestra población la técnica de relajación muscular progresiva de Jakobson y el control / observación de la respiración.

Tras las dos primeras reuniones, se realizaron 12 talleres en 8 poblaciones con un total de 120 asistentes.

Se han empleado como apoyo grabaciones con música relajante y voz en off indicando los pasos de la técnica referida de relajación muscular progresiva, y también se han proyectado cortos documentales destacando la importancia de las posturas correctas, movimientos pausados y controlados y formas adecuadas de respirar. La tercera reunión, en el mes de octubre se consideró:

Establecer el calendario de nuevas sesiones que sirvan de refuerzo y recuerdo de las realizadas con el acuerdo de ampliar el objetivo haciendo hincapié en el uso de estas técnicas para mejorar el estado de conciencia en el momento actual ("el aquí y ahora");

Valorar la práctica en particular y las dificultades presentadas de los asistentes en estos últimos meses para resolver dudas u ofrecer soluciones particulares de apoyo

Establecer los ítems para una encuesta que permita por un lado valorar el grado de satisfacción de los asistentes, ya sea para programar más sesiones de refuerzo en el futuro, y/o para establecer una consulta monográfica.

Establecer los parámetros o medidas que permitan objetivar los beneficios de la práctica de estas técnicas de relajación (control de la ansiedad y del dolor) y que tal vez sea la cuestión que más dificultades nos pueda presentar y que obliguen a modificar alguno de los indicadores en la memoria final.

En total y a lo largo del año 2019 se realizaron 19 sesiones o talleres en 9 poblaciones de nuestra área de salud y asistieron 161 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de reuniones realizadas / Nº de reuniones previstas. 95%

Nº de temas abordados / Nº temas seleccionados. 100%

Nº de poblaciones con talleres realizados / Nº talleres programados. 95%

Nº de asistentes satisfechos / Nº asistentes. 92%

Nº grupos con continuidad en el tiempo / Nº grupos creados. 0%

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

Resistencia eléctrica de la piel antes de la actividad / resistencia eléctrica de la piel después de la actividad
NO REALIZADO POR MATERIAL DEFECTUOSO

Se realizó en participantes voluntarios otras medidas como la saturación de O2 y frecuencia cardiaca antes y después de una sesión de relajación, considerando los resultados indeterminados según el observador y la falta de práctica continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las entrevistas personalizadas sobre los talleres realizados, la opinión generalizada ha sido de aceptación e interés, siendo mayoritariamente bien recibida, sin embargo valorada la continuidad de las actividades enseñadas a nivel particular, ha sido menor de lo esperado.

Como conclusiones se destacan:

Predominio de asistentes femeninos sobre masculinos y de edad superior a 50 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Los talleres que trataban sobre la relajación con el control de la respiración fueron mejor aceptados o entendidos que los que trataron sobre la relajación muscular progresiva.

El uso de los parámetros o medidas objetivas como el descenso en el consumo de ansiolíticos y analgésicos como resultado de las sesiones de relajación han sido demasiado ambiciosos y estarían más acordes con un seguimiento más continuado y personalizado en pacientes voluntarios, lo que abriría la posibilidad de establecer sesiones monográficas que permitirían tratar las deficiencias o dificultades en particular para corregirlas de forma más eficiente y mejorar la motivación para una continuidad más seguida y no esporádica.

Consideramos, en función de la replicación de estos talleres, la importancia de hacer hincapié en la población receptiva, que las técnicas de relajación enseñadas no deben ser relegadas a momentos puntuales de ansiedad y/o dolor, sino que deben ser practicadas con cierta asiduidad para estar familiarizado en su uso en los momentos que realmente se precisen para aliviar la sintomatología descrita, así como para mejorar la toma de conciencia del momento presente siguiendo los principios básicos del "mindfulness", que era otro de los objetivos considerados en la última reunión del equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/163 ===== ***

Nº de registro: 0163

Título
TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Autores:
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ABELLANAS JARNE LORENA, BAZTAN OLLETA LAURA, GARCES ROMEO TERESA, SUSINOS JUSTE FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

MÉTODO
3 reuniones del EAP para fijar los objetivos y coordinar la actividades a realizar, básicamente:
- Reconocimiento del malestar emocional
- Técnicas de respiración profunda
- Otras técnicas de relajación básicas: tensión-relajación muscular, visualizaciones..
- Bases del mindfulness o atención plena
Publicitar la actividad en la población
Selección de las personas susceptibles a participar en la actividad.
Realización de las actividades en 3 poblaciones en 3 sesiones anuales.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

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

Nº de temas abordados /Nº temas seleccionados. 75%

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

Nº de asistentes satisfechos / Nº asistentes. 80%

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

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

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

DURACIÓN

Planificación. Febrero-marzo 2019

Talleres abril-noviembre 2019

Evaluación: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Antigua línea: Salud Mental

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0870

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 16/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ CARRICONDO JUAN
GARCES MORENO MARIA JESUS
BESCOS GARCIA ELISA
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ABELLANAS JARNE LORENA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión inicial 25 de febrero de 2019 en la que se expone la necesidad de realizar una mejora en la comunicación entre el equipo con TIS asignadas y el equipo de Atención Continuada (AC), ya que al trabajar con diferentes horarios es difícil de transmitir la información.

Se realizó una tormenta de ideas para: buscar canales de comunicación, fijar la población diana, analizar los problemas de confidencialidad y elaborar los indicadores.

Se elaboró una hoja excel para la recogida de datos: una hoja para mensajes asistenciales y otra para mensajes no asistenciales, recogiendo también la información de si se crean en horario de AC o de mañanas y si se realiza posterior seguimiento de cada uno de ellos.

Con fecha 17 de Junio de 2019, nos volvemos a reunir para valorar la evolución del proyecto. En este momento se constata la dificultad de conteo "manual" de pacientes vistos en cada agenda, para la posterior obtención de los indicadores planteados. Se decide solicitar dichos datos al servicio de informática, pero con posterioridad nos informan de que no es posible. En ese momento se decide modificar los indicadores y limitarnos a estos:

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

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

(ESTE INDICADOR MIDE EL BENEFICIO ASISTENCIAL GENERADO)

Nº de profesionales que consideran útil el canal / Nº de profesionales

(LO MEDIREMOS A TRAVÉS DE ENCUESTA TELEFÓNICA O PRESENCIAL A LOS PROFESIONALES)

Se ha impulsado el uso del correo interno de Omi comprobando que a fecha 10 de octubre de 2019 se han registrado 19 mensajes asistenciales y 27 no asistenciales.

De los 19 mensajes asistenciales, 17 de ellos generan un seguimiento, por lo que se estima que el indicador de beneficio asistencial es de 89,5 %.. A pesar de este dato, estimamos que el volumen de mensajes es escaso.

Posiblemente por la " no immediated" del canal elegido (mensajes internos OMI).

Para poder definir mejor las conclusiones, vamos a proceder a realizar la encuesta a los profesionales del centro. La encuesta va a constar de dos ítems (una pregunta cerrada y una abierta)

¿ Consideras útil el correo interno de OMI como medio para mejorar la comunicación entre los profesionales del centro? SI / NO

¿ Qué otro medio consideras más útil y por qué?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

nº de reuniones realizadas/nº reuniones previstas 100%

nº pacientes a los que se ha hecho seguimietno tras generear mensaje OMI/nº mensajes OMI asistenciales 89,5%. Este indicador mide el BENEFICIO ASISTENCIAL GENERADO.

Nº profesionales que consideran útil el canal/nº profesionales encuestados 55,5%

Las fuentes de las que se ha obtenido la información, para el posterior cálculo de los indicadores, han sido la hoja de excel creada para la recogida de datos referentes tanto a mensajes asistenciales, como no asistenciales y, por otro lado, las encuestas realizadas al personal de centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 55,5% de los profesionales encuestados consideran útil el correo interno de OMI como medio para mejorar la comunicación interna entre los profesionales del centro. Sin embargo, aún siendo así, se señalan cuestiones en su contra como:

-la no immediatez en la transferencia de la información

-la necesidad de abrir OMI, lo cual resta accesibilidad (y en ocasiones genera infrautilización o desuso)

Por otro lado, los profesionales que no lo han encontrado útil se decantan por otros medios tales como:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0870

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

- Whatsapp (con el que habrá que tener en cuenta la actual LOPD o utilizarlo solamente para mensajes no asistenciales)

- llamada telefónica personal

- citas en agenda OMI y posterior acceso a historia clínica.

Siendo así consideramos que la adhesión de los profesionales al método ha resultado suficiente para conseguir una mejora asistencial en los pacientes y por tanto, se puede seguir utilizando como método de comunicación interna. Debemos señalar que el 57,5% de los mensajes generados eran de tipo "no asistencial", es decir, relacionados con el funcionamiento del centro, reuniones, materiales... y para la transmisión ha resultado muy práctico.

Por todo ello se da por finalizado el proyecto asistencial realizándose una valoración positiva del mismo y dejándolo instaurado como uno de los medios de comunicación interna entre los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/870 ===== ***

Nº de registro: 0870

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

Autores:
BAZTAN OLLETA LAURA, GONZALEZ CARRICONDO JUAN, GARCES MORENO MARIA JESUS, BESCOS GARCIA ELISA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

La población diana serían TODOS los usuarios adscritos al centro de salud de Berdún.

Aunque posiblemente, se verán más beneficiados los pacientes crónicos complejos, terminales y población de > 75 años, por ser los que mayormente demandan atención.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0870

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

MÉTODO

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

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

Elaborar hoja Excel para recogida de datos

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

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

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

INDICADORES

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

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

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

Nº de pacientes a los que se les ha hecho seguimiento tras generar mensaje OMI / Nº mensajes sobre pacientes emitidos en OMI > o = 80%

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

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

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

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

DURACIÓN

Revisiones cuatrimestrales (2).

Cierre 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 - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE OLGA CABELLO ORDUNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANADEL
SALCEDO GIL SOLEDAD
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
_ Fomentar colaboración desde la residencia, acudiendo al centro de salud inmediatamente tras el alta hospitalaria de alguno de los residentes. (Sept-18)
- Buscar apoyo en todos los MAP y MAC del centro de salud con la realización de una hoja de prescripción nueva tras cada alta hospitalaria, con cada nuevo residente o por lo menos una vez al año. (Nov-18)
- Valoración de hoja de prescripción por parte del personal del centro de salud. (Dic-18)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-Nº pacientes residentes con hoja de registro completa / Nº pacientes totales de la residencia.
A fecha 9 de Enero de 2019, 46 residentes con hoja de registro completa, 44 =0.95
2-Se controla la prescripción: NO
3-Pacientes que se automedican en este momento el 13,04% de los residentes son válidos y con capacidad intelectual normal.
4- La valoración por parte del personal de la hoja de prescripción:
- Consideran que es adecuada. (100%)
- El 100% de los médicos la utilizan.
- No siempre la entregan para valoración del paciente siendo necesario pedirla.
(20,7%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras dos años realizando este proyecto hemos observado la buena acogida por parte del personal auxiliar de la residencia, así como la mejora en otros aspectos relacionados.
Ha mejorado nuestra comunicación y cercanía con el personal de la residencia y entre todas ellas, apuntando cada una de las incidencias que se suceden de una manera mas reglada que hasta este momento.
Seguimos teniendo poca colaboración por parte de la dirección de la residencia haciendonos mas difícil el control de la administración de medicamentos.
Intentaremos continuar mejorando en nuestra colaboración y en nuestros registros para garantizar un mejor cuidado de los residentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1200 ===== ***

Nº de registro: 1200

Título
PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS

Autores:
CABELLO ORDUNA OLGA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL SOLEDAD, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

PROBLEMA

En el actual registro de tratamientos de la Residencia hay datos incompletos que pueden llevar a errores. Es necesario mejorar dicho registro, además del control por parte de las auxiliares de la residencia de los fármacos durante todo el procedimiento. Se detectan casos de autoadministración de fármacos en pacientes válidos y mal registro de las modificaciones de los tratamientos en atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende conseguir mejor control sobre los fármacos administrados. La población diana es la de todos los residentes, tanto válidos como no válidos, que están asignados al Centro de Salud de Biescas o son mutualistas. Las intervenciones están dirigidas tanto al equipo de primaria, como a las cuidadoras de la Residencia y a los ancianos institucionalizados, para mejorar la información y evitar errores.

MÉTODO

-Crear una hoja de registro con datos completos, nombre del médico asignado, fármacos y dosificación, posibles modificaciones.
-Control desde la preparación hasta la administración de los fármacos, en vasos con su nombre.
-Medición de pacientes válidos con medicación propia (búsqueda activa con registro de mesillas...) especialmente registro de los analgésicos prescritos a demanda.
-Formación de las auxiliares de la residencia en el manejo de la hoja de registro e indicaciones adecuadas para el manejo de insulina, heparinas, inhaladores...
-Reunión informativa en el Centro de Salud y notificación de los cambios introducidos en el registro, incluido el personal sanitario de atención continuada.

INDICADORES

1-Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa/Nº de pacientes totales de la residencia=1
2-Número de Pacientes que se automedican al inicio del estudio/Número de pacientes que se automedican al final
3-Encuesta de satisfacción del personal de la Residencia

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

Realización hoja de registro:30 de marzo de 2017 por los 4 componentes del equipo y confección de las hojas de tratamiento individuales.

Presentación de la nueva carpeta el 31 de marzo en la Residencia y reunión con las cuidadoras. Encuesta de satisfacción.

Evaluación durante el mes de noviembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE OLGA CABELLO ORDUNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANADEL
SALCEDO GIL SOLEDAD
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas desde la memoria de seguimiento (31/7/2017), se han realizado:
- Fomentar colaboración por parte de la dirección de la residencia en mantener registros actualizados. Siempre citar con MAP al alta hospitalaris de los residentes, reunion realizada: 20 Septiembre 2017.
- Sesion formativa con respecto al uso de inhaladores. 1 Octubre 2017.
- Charla sobre actuación en situación de urgencia: 15 Septiembre 2017.
- Buscar mas apoyo en dirección de la residencia reunion realizada el 11 de Diciembre 2017.
- Realización de encuestas con el personal del CS: 12 Diciembre 2017.
Realización de encuestas con el personal auxiliar residencia: 12 Diciembre 2017.
- Conocer las propuestas de mejora y las dificultades de las auxiliares en el proceso: 21/Diciembre 17.
- Se han realizado reuniones informativas continuas con el EAP:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

1- Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa / N° pacientes totales de la residencia.
A fecha 1 de Mayo, 48 residentes todos con hoja de registro= 1
A fecha 31 de Julio, 51 residentes, con hoja de registro 48= 0.94
A fecha 21 de Diciembre, 50 residentes con hoja de registro 50= 1

2. Se controla la prescripcion: NO

3. N° pacientes que se automedican: 11.76% de residentes son validos y con capacidad intelectual normal.

4. Numero de sesiones dadas a las auxiliares: 2 hasta 31/7/17. 2 durante ultimo semestre.

5. Encuesta al personal del CS de Biescas: Han contestado la encuesta el 47,36% del personal.

Pregunta 1: has podido valorar la nueva hoja de registro

El 66,66% de los encuestados han podido valorarla.

Pregunta 2: Te parece adecuada El 100% opina que si.

Pregunta 3: Te ha resultado util para la valoracion del paciente.

El 100% opina que si

Pregunta 4: La has utilizado (has escrito algo en ella).

El 66,66% si la ha utilizado.

Pregunta 5: Cambiarías algo para que fuera mas util.

El 50% cambiaria algo:

- Añadir los comentarios de las cuidadoras en otra hoja o la misma.

- Actualizaciones periódicas.

- Anotaciones del medico con : Fecha nombre, observaciones.

- No siempre la entregan para valorar al paciente.

6. Encuesta al personal de la residencia " La Conchada":

Han contestado la encuesta el 100% de las auxiliares.

Pregunta 1: Has utilizado la carpeta de administracion de farmacos elaborada desde el centro de salud.

El 100% ha respondido que si.

Pregunta 2: Te resulta útil para preparar la medicacion de cada paciente.

El 90,90% ha respondido que si.

Pregunta 3: Te parece adecuada.

El 81,81% ha respondido que si.

Pregunta 4: Cambiarías algo para que fuera mas practica o facil de utilizar.

El 72,73% no cambiaria nada y el 27,27% si cambiaria algo, estas son las sugerencias:

- Método de actualización de la hoja queda emborronado y muy liso después.

- carro de medicación.

- Carpeta por programa informático.

En cuanto a sus necesidades se han advertido las siguientes sugerencias:

- 54,54% indican cursos de reciclaje. Acreditados para auxiliar de clinica sobre: Primeros auxilios y orientados a

ancianos, diabetes...

- Uso informatico para apuntar las incidencias de facil acceso al

medico.

- 27,27% Historiales ordenados.

Falta de medicación.

- 18,18% Falta de personal principalmente en el turno de

noche.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización de este proyecto hemos observado la buena acogida por parte del personal de la residencia, su colaboración, interés y deseo de hacer las cosas mejor. Por otro lado a pesar de la buena predisposición de los miembros de la corporación local por realizar cambios y mejoras, observamos cierta falta de colaboración por parte de la dirección de la residencia no colaborando en la actualización del programa Excell que le ha sido dispensado para mantener registros actualizados, así como la escasa colaboración con auxiliares para facilitar su trabajo y concienciarse de la importancia de una buena administración de medicación. Por todo esto continuaremos realizando también actualizaciones del programa excell como mínimo 2 veces/año para garantizar continuidad del trabajo realizado. Con este proyecto hemos conseguido también disminuir el número de errores en la dispensación de medicación y mayor control sobre todos los residentes.

Intentaremos continuar mejorando en nuestra colaboración y en nuestros registros para garantizar un mejor cuidado de los residentes.

7. OBSERVACIONES.

Realizamos una memoria de seguimiento el 31/7/2017 que fue enviada a Dña Ana aller debido a problemas con esta plataforma y no sabemos si la han recibido ya que en el documento que nos han enviado pone memoria de seguimiento no.

Gracias por su atención.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1200 ===== ***

Nº de registro: 1200

Título
PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS

Autores:
CABELLO ORDUNA OLGA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL SOLEDAD, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el actual registro de tratamientos de la Residencia hay datos incompletos que pueden llevar a errores. Es necesario mejorar dicho registro, además del control por parte de las auxiliares de la residencia de los fármacos durante todo el procedimiento. Se detectan casos de autoadministración de fármacos en pacientes válidos y mal registro de las modificaciones de los tratamientos en atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende conseguir mejor control sobre los fármacos administrados. La población diana es la de todos los residentes, tanto válidos como no válidos, que están asignados al Centro de Salud de Biescas o son mutualistas. Las intervenciones están dirigidas tanto al equipo de primaria, como a las cuidadoras de la Residencia y a los ancianos institucionalizados, para mejorar la información y evitar errores.

MÉTODO

-Crear una hoja de registro con datos completos, nombre del médico asignado, fármacos y dosificación, posibles modificaciones.
-Control desde la preparación hasta la administración de los fármacos, en vasos con su nombre.
-Medición de pacientes válidos con medicación propia (búsqueda activa con registro de mesillas...) especialmente registro de los analgésicos precritos a demanda.
-Formación de las auxiliares de la residencia en el manejo de la hoja de registro e indicaciones adecuadas para el manejo de insulina, heparinas, inhaladores...
-Reunión informativa en el Centro de Salud y notificación de los cambios introducidos en el registro, incluido el personal sanitario de atención continuada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

INDICADORES

- 1-Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa/Nº de pacientes totales de la residencia=1
- 2-Número de Pacientes que se automedican al inicio del estudio/Número de pacientes que se automedican al final
- 3-Encuesta de satisfacción del personal de la Residencia

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

Realización hoja de registro:30 de marzo de 2017 por los 4 componentes del equipo y confección de las hojas de tratamiento individuales.

Presentación de la nueva carpeta el 31 de marzo en la Residencia y reunión con las cuidadoras.Encuesta de satisfacción.

Evaluación durante el mes de noviembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1201

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES BOBE PELLICER
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO LACASTA ELENA
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. N° de reuniones : Tres reuniones con los participantes del proyecto
Reunion con el EAP para informar del proyecto (Acta 4 Abril 2017)
2. Revisión Documento para la firma del Consentimiento informado. PO-09_HU(P)E. SI
3. Elaborar cartel informativo para los usuarios y colgar en las salas de espera del Centro de Salud. SI
4. Archivo específico en Admisión con los CI firmados y por orden de fecha de registro. SI .
5. Registrar e informar en la parte de "observaciones" y " flash" de la ficha administrativa de OMI del paciente que tenga el CI firmado.
6. Primera medición indicadores trimestral a 31 Diciembre 2017 de consulta de medicina / enfermería
7. . Falta el seguimiento de medición indicadores según cronograma proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Indicadores:n° pacientes con CI firmado y registrado /n° consultas DMNP atendidas en el CSalud x 100

Medicina:(46 CI/185 DMNP)x100 = 24,8%

Enfermería:(2 CI/34 DMNP)x100= 5,8%

Pediatría:(10 CI/29 DMNP) x 100 =43,4%

El indicador medio del total de CI en DMNP =24,6 %

2. Objetivos: el 60% a los 6 meses de iniciado el Proyecto tengan CI firmado el 90% al año de iniciado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

_Es preciso seguir trabajando en la cobertura de los CI de esta actividad.Sobre todo en consulta de enfermería, donde la demanda de esta consulta es menor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1201 ===== ***

N° de registro: 1201

Título
MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

Autores:
BOBE PELLICER MARIA ANGELES, CALVO LACASTA ELENA, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Accesibilidad del usuario en Atención Primaria
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1201

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

PROBLEMA

La implantación de la DMNP en las todas las agendas de medicina/pediatría y enfermería/matrona del CSalud, basado en las indicaciones del "Plan Estratégico del Ministerio de Sanidad para la mejora de Atención Primaria en España 2007-2012" con el objetivo de mejorar el acceso del usuario a los servicios sanitarios evitando desplazamientos innecesarios y favorecer el trabajo de los profesionales.

Dado que la consulta telefónica es un acto clínico y por tanto con posibles efectos médico-legales, es necesario contar con el consentimiento del paciente o tutor legal. Hemos detectado la baja cobertura de los CI en este momento y las dificultades para su elaboración.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Todos los usuarios con cobertura en el CSalud, incluyendo la población pediátrica y las usuarias del servicio de matrona. En el caso de menores los tutores legales.

Objetivos:

Que durante el tiempo de diseño del proyecto el 90% de los pacientes que hayan solicitado una consulta DMNP tengan cumplimentado el consentimiento informado.

MÉTODO

1) Reunión con el Servicio Admisión y EAP para informar del proyecto.

2) Revisión de la documentación:

"Proyecto de Gestión de MNP en CS urbanos de Huesca".

Documento para la firma del Consentimiento informado. PO-09_HU(P)E.

Elaborar cartel informativo para los usuarios y colgar en las salas de espera del Centro de Salud.

3) Crear un archivo específico en Admisión con los CI firmados y por orden de fecha de registro.

4) Registrar e informar en la parte de "observaciones" y "flash" de la ficha administrativa de OMI del paciente que tenga el CI firmado, para el conocimiento entre los diferentes profesionales.

5) Dar información a los usuarios: consulta medicina/enfermería/pediatría /matrona y servicio admisión cuando se programe o se cite una consulta no presencial.

INDICADORES

1) Indicadores:

nº pacientes con CI firmado y registrado /nº consultas DMNP atendidas en el CSalud x 100

2) Medición de indicador con periodicidad trimestral.

3) Objetivos: el 60% a los 6 meses de iniciado el Proyecto tengan CI firmado el 90% al año de iniciado. Diciembre 2018.

DURACIÓN

1) La duración del proyecto se hará a un año.

2) Cronograma:

- Documentación e información dentro del CSalud en Junio 2017 .

- Potenciar la información en consulta/admisión y carteles informativos Julio y Agosto 2017.

- Iniciar la medición de indicadores en Enero 2018

- Finalización: en Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

1. TÍTULO

¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ANNADEL BOSQUE OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALCEDO GIL MARISOL
PARGADA ORTIZ NURIA
MIRANDA ORTIZ ANA
GRACIA NERIN JOSE
MARTIN LOPEZ MARIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se han realizado cuatro sesiones durante 4 semanas consecutivas los días 18 y 25 de septiembre, y el 2 y 9 de octubre de 2018 en el Centro de Salud.

-Se realizaba una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional.

-El equipo de mejora planificó en reuniones las actividades a realizar, además de comunicarlo al resto de integrantes del centro de Salud y al Consejo de Salud.

-La administrativa Milagros Martín confeccionó los pósters informativos que se difundieron por comercios, biblioteca, ayuntamiento y centro de Salud (incluyendo consultorios locales activos), además de realizar captación activa en consultas. El ayuntamiento de Biescas informó de la actividad desde su página web.

-En la primera sesión la Dra. Bosque explicó los síntomas de la menopausia y cómo afrontarlos, basándose en las guías de Atención a la Mujer en el Climaterio del Sistema Nacional de Salud avaladas por las sociedades científicas. En la segunda sesión la Enfermera Marisol Salcedo expuso las bases del Programa para promover hábitos de alimentación saludables del Gobierno de Aragón y las recomendaciones de promoción del ejercicio. En la tercera sesión Milagros Martín con técnicas audiovisuales nos explicó nociones básicas de Tai Chi y Qi Gong, entregando en CD y/o pendrive a los asistentes un video de iniciación para poder seguir practicando en domicilio. En la cuarta sesión la Dra. Bosque habló del stress y se practicaron ejercicios de Mindfulness. Se recogieron encuestas de satisfacción y sugerencias para proseguir con las actividades en el futuro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante las cuatro sesiones se registraron un total de 51 (18+16+6+11) participantes, aunque en la tercera sesión por la climatología no conseguimos el número de más de 10 personas que nos habíamos propuesto.

Basándonos en la encuesta de satisfacción, el nivel de mejoría de bienestar emocional y en los conocimientos para mejorar la salud en la menopausia es muy satisfactoria, de 100%.

Respecto al objetivo propuesto de incremento de actividad física nos es difícil valorarlo porque ha sido en un periodo corto de tiempo y quizás no era adecuado como indicador. En próximas reuniones del equipo de mejora intentaremos utilizar indicadores más concretos y más precisos de evaluar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora está satisfecho con las actividades realizadas y por la alta satisfacción de las participantes.

Aspectos a mejorar: este proyecto hubiera tenido más difusión y posiblemente más duración y participación si el ayuntamiento, voluntarios de la Cruz Roja y la Comarca de Alto Gallego hubieran colaborado más activamente, ya que el Centro de Salud realizó la mayoría de las actividades, sin tener presupuesto de apoyo económico, y fuera de nuestro horario laboral, para su puesta en marcha. Creemos que el futuro de este proyecto debe continuar tras implicación de otras instituciones y que el Centro de Salud se ofrece para seguir impulsándolo pero no como los actores principales. En el Consejo de Salud así se convino y durante el primer trimestre iniciaremos reuniones con la Comarca y el ayuntamiento para mejorar el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/416 ===== ***

Nº de registro: 0416

Título
¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Autores:
BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL MARISOL, PARGADA ORTIZ NURIA, MIRANDA ORTIZ ANA, GRACIA NERIN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

1. TÍTULO

¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: climaterio
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El equipo del Centro de Salud de Biescas, además de participar de forma activa en los proyectos actualmente vigentes, desea iniciar un nuevo proyecto comunitario que establezca contacto de los sanitarios con la población, y a partir de este proyecto surjan otros en el futuro.

Para conseguir que el equipo de trabajo sea interdisciplinar, se propone voluntarios entre los miembros del Consejo de Salud en noviembre de 2017.

La atención a la mujer en el climaterio está incluida en la cartera de servicios de este centro. Nos consta en nuestras consultas diarias una demanda muy frecuente de la mujer en periodo perimenopáusico por los diversos síntomas: insomnio, sofocos, depresión, aumento del riesgo cardiovascular, trastornos de la sexualidad, depresión y alteraciones cognitivas con fallos de memoria. La práctica de ejercicio físico tiene evidencia científica grado A para mejorar el estado físico y el bienestar emocional.

RESULTADOS ESPERADOS

-MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA
-FOMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA
-MEJORAR LA SALUD MENTAL DE ESTA POBLACIÓN PARA QUE AFRONTE ESTA ETAPA VITAL DE FORMA POSITIVA Y NORMALIZADA.
-DISMINUIR LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO, LA DIETA SALUDABLE Y LA RELAJACIÓN

MÉTODO

-Se realizará una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional. Habrá difusión desde el centro de salud, el ayuntamiento de Biescas, y la Mancomunidad del Alto Gállego.

-Grupo destinatario: iniciaremos el proyecto de 45 a 55 años ambas inclusive que residan en la localidad de Biescas, sin excluir a cualquier persona que decida acompañarnos.

-Lugar de inicio: Entrada al Centro de Salud de Biescas, situado en Plaza Constitución sn.

-¿Cuándo? Todos los martes a las 12/30 horas del tercer cuatrimestre del año 2018, a partir del 4 de septiembre de 2018.

INDICADORES

-Número de participantes en el proyecto mayor de 10 personas en cada sesión
-Nivel de mejora de bienestar emocional de los participantes de más del 80%.
-Nivel de mejora de conocimientos sobre esta etapa de la vida de más del 80 %.
-Incremento de la actividad física en más del 80% de los participantes.

DURACIÓN

-En segundo cuatrimestre de 2018, reuniones del equipo de trabajo y preparación de talleres.

-En tercer cuatrimestre de 2018, desarrollo de las actividades con la población

-En primer cuatrimestre de 2019 se evaluará el proyecto, con observador externo

-En segundo cuatrimestre de 2019, tras las conclusiones y modificaciones, se continuará con el proyecto .

OBSERVACIONES

Antigua línea: Salud Mental

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0428

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANNADEL
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteo en las diferentes asiciacione vecinales del valle, asi como en el IES y colegio realizar una serie de sesiones, poniendonos en contacto con representantes de ellas. Las sesiones tenian el siguiente cronograma: sesiones de 3h (charla sobre las enfermedades cronicas mas prevalenes en infancia y adolescencia; charla sobre la actuacion ante difernetes urgencias me´dcias: PCR, DESA, _ICTUS, centrandonos en el reconocimiento de las situaciones y la respuesta de la poblacion a las mismas; y por ultimo una sesion practica de RCP). Tras las actividades eran dinamicas, primero los profesionales y posteriormente coloquio con los participantes y practica, se pasaba una encuesta de satisfaccion de 0 a 5 y una de adquisicion de conocimientos (20 preguntas tipo test de 3 respuestas validas), asi mismo se recogia opiniones tras la puesta en comun

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos eran: aumentar la formacion del profesorado respecto a enfermedades cronicas mas prevalentes en la infanci-adolescencia.
-Mejorar la actitud ante diferentes situaciones desfavorables en las que se pudieran encontrar el personal docente o personas de nuestro valle
-Favorecer la integracion de las personas con enfermedades cronicas, mejorando la percepcion de estos procesos
-Valorar la adquisicion de habilidades en taller de RCP basica

Como indicadores se realizaba una encuesta de adquisicion de conocimientos, una valoracion del grado de satisfaccion siendo 0 nada satisfechi y 5 totalmente y finalmente la puesta en comun con dudas y opiniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El planteamiento como se ha dicho se hizo a varias asociaciones y centros docentes, solo uno de ellos dio una respuesta positiva y se llevo a cabo la sesion con 33 personas en mes de Abril, siendo la actividad valorada muy positivamente por todos ellos y adquiriendo mejoria en los conocimientos de los objetivos detallados. No obstante el resto no quisieron realizarlas, nos hemos encontrado con el inconveniente que se trata de personas en activo que siempre planteabna realizar las actividades en jornadas tarde-noche, se intento acomodarnos pero resulta complicado pues se trata realiazar la actividad comunitaria fuera de nuestro horario laboral, no siempre teniamos disposicion personal y a esto se suma que dada la dispersion geografica de nuestro centro de salud, no podemos dejar sin atender los consultorios en horarios de mañana. Desde el personal medico se planteo esta actividad pero no ha habido colaboracion del resto del equipo por lo que llevar a cabo todas las sesiones si alguno no podia por fechas ha sido mas complicado. Ha existido por tanto una falta de colaboracion de parte del EAP asi como la dificultad de tener que realizar toda la actividad fuera de nuestro horario laboral, por la dispersion y por la falta de facilidad por parte de la DAP de compensar el tiempo extra de alguna manera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/428 ===== ***

Nº de registro: 0428

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTES ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, BOSQUE OROS ANNADEL, BOBE PELLICER MARIA ANGELES, MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0428

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El 24 de Junio del año 2015 se publica en BOA la necesidad de disponer de botiquin y medicamentos de urgencias en los centros educativos. Desde entonces detectamos preocupacion por parte del profesorado y en otros sectores (comarcas, asociaciones de vecinos...) ante la falta de conocimientos a la hora de actuar ante problemas de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

-aumentar la formación del profesorado respecto a las enfermedades crónicas prevalentes en infancia-adolescencia
-mejorar la actitud ante situaciones desfavorables ante las que se encuentre el personal docente o personal de las asociaciones vecinales
-Favorecer la integración de las personas con enfermedades crónicas, mejorando la percepción sobre estos procesos
-Valorar el impacto de una intervención educativa sobre los conocimientos del personal alq ue se imparten las sesiones

MÉTODO

-Establecer contacto con las asociaciones vecinales, instituto y CRA del valle
- Ofertar charlas sobre las enfermedades cronicas mas prevalentes en infancia-adolescencia (1 sesión teórica)
-Ofertar charla sobre la actuacion ante diferentes urgencias medicas (1 sesión teórico-practica)
-Taller de RCP básica (1 sesión eminentemente practica)
-Encuesta de adquisición de conocimientos y satisfacción.

INDICADORES

-Valorar mediante encuesta la adquisición de conocimientos
-Valorar el grado de satisfaccion

DURACIÓN

-Sesiones teórico-practicas divididas en 3 bloques de 1 h de duración cada uno de ellos
-Se realizarann las sesiones a lo largo del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0327

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos encontramos en un pueblo del norte del pirineo, con población envejecida, muchos de los vecinos viven solos porque ya han perdido a sus parejas o bien porque sus hijos o bien viven fuera del pueblo o bien están trabajando gran parte del día.

Nuestras personas mayores reflejan a diario en la consulta, sobre todo en la época invernal, que en esta zona es larga y dura por las condiciones climatológicas, la soledad. En Sallent de Gallego se cuenta con instalaciones municipales que pueden ser usadas por los vecinos pero que muchas veces están infrautilizadas, así mismo contamos con un entorno natural que invita a caminar y hacer ejercicio físico.

Desde el consultorio de Sallent de Gallego (Centro de Salud Biescas-Valle de Tena) se plantea en colaboración con la comarca del Alto Gállego una actividad dirigida a personas del pueblo mayores de 65 años.

Se informa inicialmente a los vecinos mediante carteles informativos de la actividad colocados en consultorio, centro social del pueblo, centro de salud, ayuntamiento y de forma de prescripción del activo desde el propio consultorio.

Se realizaron cinco sesiones de 1,5 horas de duración aproximadamente, periodicidad semanal, los miércoles de 11 a 12.30h, consistente en una caminata por el entorno del pueblo. Dentro del grupo hay dos personas que se hacen responsables del grupo y marcan las andadas semanales por un entorno natural; tras las mismas los vecinos acuden a las inmediaciones del consultorio y allí, dirigidos por la médico, se hace una sesión de 10 minutos de estiramientos. Se aprovecha ese momento para comentar la actividad del día, la satisfacción, las experiencias... Los días que las condiciones climatológicas no han sido favorables, se cuenta con las instalaciones del centro social del pueblo para hacer la parte final de la actividad.

Las sesiones se han complementado con dos sesiones teóricas en presentación power point en el centro social en dos días diferentes, una sobre nutrición en personas mayores y otra sobre prevención de riesgos en el Hogar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se valoraron tras las tres primeras sesiones la valoración general que hacían los propios pacientes de las sesiones y las consideraban que cumplían sus propios objetivos; dada la respuesta positiva se completaron las dos siguientes sesiones y se completaron con las teóricas.

La media de pacientes al día en las sesiones fue de 9.2, exceptuando las teóricas a los que acudieron 28 y 32 pacientes

Los indicadores que se valoraron fueron:

1. Satisfacción de pacientes: Valoramos de 0 (nada satisfecho) a 10 (totalmente satisfecho): la totalidad de los pacientes mostraron un grado de satisfacción elevado mayor de 8 en todos los casos

2. Demanda en consulta/Comienzo en la realización de otras actividades/ Socialización : Se evidenció una disminución de la demanda en consulta las semanas en las que se realizaban las sesiones, en ningún caso hubo demanda por estado emocional en esas semanas, en cambio sí se evidenció mejoría clínica en el estado psíquico, pues la socialización en esta actividad animó a los pacientes participantes a comenzar a acudir al centro social para realizar otras actividades como canto y costura que hasta entonces no hacían, quedándose en sus casas lo cual aumentaba su aislamiento, en la gran mayoría de los casos se debía a perjuicios sobre la opinión que otros tendrán (algo muy habitual en los pueblos pequeños).

3. Retirada de medicación: En un caso fue posible la retirada de medicación antidepresiva que una paciente llevaba tomando varios años, ya que la paciente mejoró anímicamente tanto por la realización de ejercicio físico como por la socialización con los vecinos del pueblo.

4. La edad media de los pacientes fue de 78.25 años, no hubo cambios en el peso ni en tensión arterial, manteniéndose estables; pero los pacientes sí expresaron posteriormente en consulta la mejoría subjetiva en su estado físico.

5. Las sesiones teóricas sirvieron para dar a conocer conceptos como nutrición y prevención de los riesgos en los hogares de nuestros mayores, fueron muy bien acogidas. La referente al tema de la nutrición sacó la conclusión mayoritaria que tiene un gran peso las costumbres y hábitos y es difícil el cambio en personas de edad avanzada pese a que haya enfermedades intercurrentes como por ejemplo la hipertensión y la diabetes. En el caso de la prevención de riesgos en el hogar, se hizo incapié en la prevención de caídas y accidentes fundamentalmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de la actividad fue muy positiva tanto para el personal que lo realizó como para los pacientes. Desde el consultorio se fue instando a pacientes a que se unieran a los grupos, prescribiendo el activo.

La finalización de las sesiones en el consultorio era un momento de compartir experiencias que resultó muy gratificante pues muchos pacientes se daban cuenta que la mayoría se encontraban en situaciones similares de soledad y en consecuencia con un estado anímico en muchos casos bajo.

Los objetivos se cumplieron pues se concienciaron de la necesidad de caminar a diario unos 30-40 minutos y mejor si es en compañía de quienes están en su misma situación, mejorando la soledad y aislamiento en los hogares de pueblos, muchos se pasaban a buscar a las casas en grupos y eso animaba a unirse al grupo; la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0327

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

mejoría física subjetiva así como la psíquica evidenciada clínicamente hacen que los objetivos del proyecto se hayan cumplido.
El proyecto debido a la acogida se presentó en el consejo de Salud y tuvo muy buena acogida, planteando la posibilidad de hacerlo en otras localidades de la zona de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/327 ===== ***

Nº de registro: 0327

Título
PASEOS SALUDABLES

Autores:
CLAVIER GARCIA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0327

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

-se valora mejoría de la socialización y comenzar a realizar en esos grupos otro tipo de actividades

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0409

1. TÍTULO

MAPA: IMPLANTACIÓN Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA CARRES PIERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CLAVER GARCIA PAULA
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
CALVO LACASTA ELENA
BOSQUE OROS ANNADEL
SALCEDO GIL MARISOL
BETRAN LACASTA CRISTINA
BANET RISCO MARI CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza formación del personal medico y de enfermería de acuerdo al programa y funcionamiento del aparato por parte de la empresa que lo instala. El programa de volcado de datos de instala en el ordenador de la sala multiusos del centro.

Se crea la sala en la agenda OMI del centro de salud en el que se puede citar un paciente al dia. Vamos citando a los pacientes en función de criterio medico-enfermería cuando se considera que cumple las condiciones dichas anteriormente de indicacion de MAPA.

En consulta se explica a los pacientes en que consiste la monitorización ambulatoria de la TA y los beneficios que obtenemos, solicitando su consentimiento verbal para la realización de la prueba diagnóstica.

Se coloca el MAPA a primera hora de la mañana y se retira a las 24h, para facilitar la accesibilidad las medicos/enfermeras de los consultorios de Sallent y Panticosa suben a los consultorios el aparato y allí se lo colocan al paciente. Tras el volcado de datos, se imprimen los resultados asi como las gráficas y se cita de nuevo al paciente en consulta de medicina, se le da el diagnóstico y se procede a las modificaciones o instauración del tratamiento antihipertensivo, explicando al paciente con los datos y los gráficos el porque de las decisiones tomadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto se pone en marcha en Enero y en Abril de este año el aparato debe ser enviado a mantenimiento por fallo técnico ya que no realiza las mediciones correctamente. Posteriormente en Agosto se nos devuelve el aparato de MAPA pero sigue sin funcionar y tras la finalizacion del año, seguimos sin disponer del mismo; asi en esata memoria se van a dar los resultados referentes a 3 meses y medio (100 dias). Por este motivo no se han podido realizar las tres evaluaciones anuales para valorar los indicadores y solo disponemos de los del primer trimestre del año.

Primer trimestre:

Se citaron 16 pacientes con una edad media de 72 años; de los cuales 3 no acudieron o realizaron mal la técnica.

De los otros 13 pacientes la indicacion de MAPA fue:

-HTA refractaria 6 casos

-HTA bata blanca 1 caso

-HTA oculta (efecto inverso de la bata blanca) 1 caso

-Confirmacion diagnóstica 3 casos, en dos se descartó el diagnóstico de HTA y en uno se confirmó.

De los casos diagnosticados de HTA 9 casos se ajustó tratamiento en todos ellos, 6 eran estado No-dipper y 3 Dipper. Posteriormente se cito a los pacientes en consulta y en todos habia un buen control de la tensión

arterial, ninguno de ellos posteriormente demandó por mal control de la misma.

La satisfacción de los pacientes en todos los casos ha sido muy positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha existido demanda por parte de los pacientes y los facultativos para la recuperación del recurso porque la hipertensión arterial es una de las patologias que con mas frecuencia vemos en nuestras consultas. Un correcto diagnóstico temprano y la adecuacion del tratamiento permiten controlar de manera mas eficiente uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. La tension arterial experimenta fluctuaciones a los largo del dia y en periodos actividad/descanso y en nuestro centro dada la dispersion geografica y en ocasiones las dificultades para acudir con frecuencia a la consulta para la toma de TA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/409 ===== ***

Nº de registro: 0409

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0409

1. TÍTULO

MAPA: IMPLANTACIÓN Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

MAPA: IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
CARRES PIERA MARTA, CLAVER GARCIA PAULA, BOBE PELLICER MARI ANGELES, CALVO LACASTA ELENA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL MARISOL, BETRAN LACASTA CRISTINA, BANET RISCO MARI CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORO LORO JOSE MIGUEL
ACIN SAMPIETRO ANA MARIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
CORVINOS LOSCERTALES MONICA
DE LOPE ROMEO MARIA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han llevado a cabo las actividades programadas tal y como se establecía en el calendario marcado:

- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón.
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos. Corrección de errores.
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometría (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio.
- En todos los casos abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo

Además, y tras el seguimiento intermedio que se hizo en agosto de 2017 se realizó una sesión en el centro para exponer los resultados hasta la fecha y una sesión clínica como recuerdo de técnica de realización de espirometrías y de diagnóstico de EPOC. También se depuraron listados de fumadores de entre 40 y 80 años para continuar con la búsqueda activa de posibles pacientes con EPOC sin diagnosticar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era aumentar el diagnóstico precoz de EPOC en la población de nuestra zona de salud aumentando así su tasa de prevalencia mediante la captación activa. Antes de la implantación del proyecto la tasa de prevalencia era del 0,84%, muy por debajo de la tasa esperada según los estudios (10%). Realizando espirometrías a la mayoría de los fumadores de entre 40 y 80 años se pretendía aumentar esta tasa. Para medirla se utilizó como indicador el mismo que usa el aplicativo web de Cuadro de mandos CMCrónicos y que se actualiza semanalmente:

Indicador 1: Prevalencia EPOC:

- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

Se esperaba alcanzar el estándar del 3%

Con los datos actualizados a 24 de diciembre se ha alcanzado un 2,41% que aunque no alcanza el estándar supone un notable incremento respecto a la situación de partida

Para que esa tasa fuera lo más real posible había que hacer espirometrías a la mayor cantidad de pacientes posibles. Para ello se utilizó el indicador Espirometrías/Tabaco:

Indicador 2: Espirometrías/Tabaco

- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador: Población fumadora de 40 a 80 años

La fuente de este indicador fue OMI-AP con los pacientes asignados al servicio Atención al paciente dependiente del tabaco comprobando manualmente si constaba espirometría realizada en los últimos dos años.

El estándar que se esperaba alcanzar era del 60%, que ya vimos que en la evaluación intermedia era demasiado optimista y el resultado obtenido a fecha 30 de diciembre ha sido del 28,07%

Como objetivo secundario, para tener actualizados los datos de fumadores y no fumadores, se pretendía aumentar la tasa de detección de tabaquismo en la población preguntando por el consumo de tabaco a los pacientes que acudían a consulta. Para medirlo utilizamos otro indicador que también facilita el Cuadro de Mandos CMCrónicos al que llamamos Detección Tabaco:

Indicador 3: Detección Tabaco

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

-Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
- Denominador Población asignada >= 15 años

El estándar que se esperaba alcanzar era del 80% y el resultado obtenido a 24 de diciembre ha sido del 72,08%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el proyecto se ha conseguido aumentar la tasa de prevalencia de EPOC que ha pasado del 0,84% al 2,41%. Si bien está por debajo del estándar marcado como objetivo, nos damos cuenta gracias al segundo indicador (Espirometrías/Tabaco) que el número de espirometrías realizadas ha sido muy inferior al que considerábamos adecuado para que el objetivo principal se pudiera cumplir. Si hubiéramos alcanzado el 60 % de fumadores con espirometría hecha probablemente habríamos detectado más casos de EPOC. Aún así estamos satisfechos pues hemos pasado del 5,78% al 28,07% de fumadores con espirometría realizada.

La tasa de detección de tabaquismo también ha aumentado del 48,88% al 72,08% y se aproxima al estándar

Consideramos que el proyecto, que se inició prácticamente en mayo y con el paréntesis veraniego, que en esta zona de salud supone un incremento desmesurado de la presión asistencial, disponía de poco tiempo para alcanzar los objetivos marcados, por lo que planteamos continuar en la misma línea durante el año 2018 donde se espera mejorar los resultados dada la experiencia adquirida por el personal en el manejo del espirómetro y la interpretación de sus resultados. Además, recientemente se nos ha proporcionado por parte de la Dirección de Atención Primaria un espirómetro nuevo, todavía sin instalar, solicitado como recurso necesario para el proyecto que presumiblemente obtendrá resultados más fiables que el actual.

En la segunda quincena de enero se realizará una sesión en el centro por parte del coordinador del proyecto para exponer los resultados y proponer continuar desarrollándolo durante el año 2018

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1231 ===== ***

Nº de registro: 1231

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, LORO LORO JOSE MIGUEL, ACIN SAMPIETRO ANA MARIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, CORVINOS LOSCERTALES MONICA, DE LOPE ROMEO MARIA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia o que producen una elevada carga social y económica sobre la población. El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% de la población de entre 40 y 80 años (11% en la población estudiada en la provincia de Huesca). En nuestro centro actualmente sólo un 1,34% de la población en esa franja de edad están diagnosticados de EPOC y aunque comparativamente con el resto del sector sanitario (2%) o del total de Aragón (2%) no hay excesivas diferencias. es de suponer que la prevalencia debería ser más o menos concordante con la de los estudios realizados. Además de las causas relacionadas directamente con la espirometría, prueba fundamental para el diagnóstico (falta de formación del personal, dificultad para que el paciente realice una prueba válida, antigüedad del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

espirómetro, poca accesibilidad al mismo en un centro con 17 núcleos poblacionales), una de las causas principales para este infradiagnóstico podría ser la falta de búsqueda activa y detección precoz en los mayores de 40 años expuestos a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaquismo.

Este proyecto tratará de implementar el subproceso "diagnóstico precoz de EPOC" expuesto en el Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnóstico precoz y, de ese modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa de la población mayor de 40 años con tabaquismo como factor de riesgo.

De manera secundaria se espera aumentar la tasa de detección de tabaquismo en nuestra población

MÉTODO

- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos
- Revisión sistemática de historias clínicas buscando si se ha preguntado por hábito tabáquico, si no tienen realizada espirometría o si ya cumplían criterios de inclusión sin episodio de EPOC abierto (MED-ENF)
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometría (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirómetro completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio. Abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo (MED)
- Seguimiento bimensual de los indicadores hasta finalización del proyecto

INDICADORES

1 Prevalencia EPOC:

- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

El estándar que se espera alcanzar es del 3%

2 Detección tabaco:

- Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
 - Denominador Población asignada >= 15 años
- El estándar que se espera alcanzar es del 80%.

Fuente de estos dos indicadores: Web de cuadro de mandos Cronicos en el apartado Acuerdo de gestión Además incluimos el siguiente indicador:

3 Espirometrías Tabaco:

- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador Población fumadora de 40 a 80 años

El estándar que se espera alcanzar es del 60%

Fuente: OMI

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Marzo 2017

Fecha de finalización: Diciembre 2017

Cronograma:

Sesiones formativas, Reunión de equipo, Listado de cupos Marzo 2017.

Revisión historias clínicas, realización, interpretación y registro de espirometrías: Abril-Junio 2017 y

Septiembre-Diciembre 2017 *

Evaluaciones intermedias: 30 Junio, 31 Octubre y 31 Diciembre 2017

Evaluación Final Enero 2018

* Al encontrarnos en un área turística importante, se decide no programar espirometrías en los meses de verano

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORO LORO JOSE MIGUEL
ACIN SAMPIETRO ANA MARIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
CORVINOS LOSCERTALES MONICA
DE LOPE ROMEO MARIA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han llevado a cabo las actividades programadas tal y como se establecía en el cronograma inicial:

- Sesiones formativas sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón, realización e interpretación de espirometrías..
- Organización de agendas y horarios de realización de espirometrías
- Listados de pacientes de 40 a 80 años por cupos
- Citación de pacientes captados
- Realización de espirometrías
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterios
- En todos los casos abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo

Además, se realizó una sesión de exposición de resultados a final de 2017 y las oportunidades de mejora aparecidas y otra sesión de manejo del nuevo espirómetro instalado en los primeros meses de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era aumentar el diagnóstico precoz de EPOC en la población de nuestra zona de salud aumentándose así su tasa de prevalencia mediante la captación activ. Antes de la implantación del proyecto la tasa de prevalencia era del 0,84%, muy por debajo de la tasa esperada según los estudios (10%)

Realizando espirometrías a la mayoría de los fumadores de entre 40 y 80 años se pretendía aumentar esta tasa. Para medirla se utilizó como indicador el mismo que usa el aplicativo web de Cuadro de mandos CMCrónicos

Indicador 1: Prevalencia EPOC (Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC; Denominador: Población entre 40 y 79 años)

Se esperaba alcanzar el estándar del 3%, alcanzándose en Diciembre de 2018 un 2,62% que aunque no alcanza el estándar supone un notable incremento respecto a la situación de partida.

Para que esta tasa fuera lo más real posible había que hacer espirometrías a la mayor cantidad de pacientes posibles. Para ello se utilizó el indicador Espirometrías/Tabaco

Indicador 2. Espirometrías/Tabaco (Numerador: Fumadores de 40 a 80 años con espirometría realizada en los dos últimos años; Denominador: Fumadores de 40 a 80 años)

La fuente fue OMI-AP con los pacientes asignados al servicio Atención al paciente dependiente del tabaco comprobando manualmente si constaba espirometría realizada.

El estándar que se esperaba alcanzar era del 60% que ya en la memoria de seguimiento se demostró excesivamente optimista. Al final del periodo de evaluación el resultado ha sido del 30,02 %

Como objetivo secundario, se pretendía aumentar la tasa de detección de tabaquismo en la población preguntando por el consumo de tabaco. Para medirlo utilizamos otro indicador proporcionado por el Cuadro de mandos CMCrónicos a que llamamos Detección Tabaco

Indicador 3: Detección Tabaco (Numerador: Pacientes >=15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los 2 últimos años; Denominador: Pacientes >=15 años)

Se esperaba alcanzar el 80% y el resultado obtenido ha sido del 81,58%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el proyecto se ha conseguido aumentar la tasa de prevalencia de EPOC que ha pasado del 0,84% al 2,62%. Si bien está por debajo del estándar marcado como objetivo, nos damos cuenta gracias al indicador 2 que no se han realizado el número de espirometrías deseadas. Aun así nos sentimos satisfechos pues hemos pasado del 5,78% al 30,02% de fumadores con espirometría realizada.

La tasa de detección del tabaquismo también ha aumentado del 48,88% al 81,58% alcanzando el estándar.

Consideramos que el proyecto iniciado hace 2 años con 2 paréntesis veraniegos de máxima presión asistencial y con el problema añadido del cambio de equipos informáticos que supusieron la necesidad de reinstalar en varias ocasiones el software del espirómetro con un largo periodo de inactividad, pese a no llegar al estándar ha supuesto que todo el equipo se comprometa y tenga presente la realización de espirometrías a los fumadores por lo que damos por finalizado el proyecto pasando a ofertarlo como parte de la cartera de servicios del Centro de Salud de Broto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1231 ===== ***

Nº de registro: 1231

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, LORO LORO JOSE MIGUEL, ACIN SAMPIETRO ANA MARIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, CORVINOS LOSCERTALES MONICA, DE LOPE ROMEO MARIA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia o que producen una elevada carga social y económica sobre la población. El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% de la población de entre 40 y 80 años (11% en la población estudiada en la provincia de Huesca). En nuestro centro actualmente sólo un 1,34% de la población en esa franja de edad están diagnosticados de EPOC y aunque comparativamente con el resto del sector sanitario (2%) o del total de Aragón (2%) no hay excesivas diferencias. es de suponer que la prevalencia debería ser más o menos concordante con la de los estudios realizados. Además de las causas relacionadas directamente con la espirometría, prueba fundamental para el diagnóstico (falta de formación del personal, dificultad para que el paciente realice una prueba válida, antigüedad del espirómetro, poca accesibilidad al mismo en un centro con 17 núcleos poblacionales), una de las causas principales para este infradiagnóstico podría ser la falta de búsqueda activa y detección precoz en los mayores de 40 años expuestos a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaquismo. Este proyecto tratará de implementar el subproceso "diagnóstico precoz de EPOC" expuesto en el Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnóstico precoz y, de ese modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa de la población mayor de 40 años con tabaquismo como factor de riesgo. De manera secundaria se espera aumentar la tasa de detección de tabaquismo en nuestra población

MÉTODO
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos
- Revisión sistemática de historias clínicas buscando si se ha preguntado por hábito tabáquico, si no tienen realizada espirometría o si ya cumplían criterios de inclusión sin episodio de EPOC abierto (MED-ENF)
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometría (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio. Abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo (MED)
- Seguimiento bimensual de los indicadores hasta finalización del proyecto

INDICADORES
1 Prevalencia EPOC:
- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
El estándar que se espera alcanzar es del 3%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

2 Detección tabaco:

-Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años

- Denominador Población asignada >= 15 años

El estándar que se espera alcanzar es del 80%.

Fuente de estos dos indicadores: Web de cuadro de mandos Cmcronicos en el apartado Acuerdo de gestión

Además incluimos el siguiente indicador:

3 Espirometrias Tabaco:

- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años

- Denominador Población fumadora de 40 a 80 años

El estándar que se espera alcanzar es del 60%

Fuente: OMI

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Marzo 2017

Fecha de finalización: Diciembre 2017

Cronograma:

Sesiones formativas, Reunión de equipo, Listado de cupos Marzo 2017.

Revisión historias clínicas, realización, interpretación y registro de espirometrías: Abril-Junio 2017 y

Septiembre-Diciembre 2017 *

Evaluaciones intermedias: 30 Junio, 31 Octubre y 31 Diciembre 2017

Evaluación Final Enero 2018

* Al encontrarnos en un área turística importante, se decide no programar espirometrías en los meses de verano

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA DE LOPE ROMEO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO
PALAZON FRANCO MARTA
NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR
RIVERA GUIRAL ESTEFANIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez iniciado el curso escolar 2018-2019 se acordaron en reunión de equipo posibles temas a tratar pero han sido las propias AMPAs y los centros escolares los que han solicitado del centro la colaboración del personal del Centro de Salud para acercar temas sanitarios de interés para la comunidad escolar que han sido preparados por miembros del equipo de mejora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el primer trimestre del curso escolar 2018-2019 (último trimestre de 2018) se ha realizado una charla a petición de las familias sobre "Infestación por piojos"
En lo que llevamos de segundo trimestre se ha realizado una charla sobre primeros auxilios a alumnos de educación infantil y otra sobre nociones básicas de reanimación cardiopulmonar

Puesto que la evaluación final del proyecto está pensada a final del curso escolar, la encuesta de satisfacción no ha sido todavía pasada

En 2018 no ha sido posible convocar el Consejo de Salud de Zona

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las características de la población escolar al tratarse de escuelas unitarias con niños y niñas de diversas edades y la dispersión en tres núcleos que aunque pertenecientes al mismo Centro Rural Agrupado, llevan una programación de clases en ocasiones no coincidente dificulta realizar actividades específicas por grupos de edades y coordinarse con horarios escolares y del centro de salud .
No obstante continuaremos con el proyecto hasta final de curso con la idea de darle continuidad en los sucesivos cursos y que "Baxar t'a escuela" sea una constante en nuestra zona de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1069 ===== ***

Nº de registro: 1069

Título
"BAXANDO T'A ESCUELA"

Autores:
DE LOPE ROMEO MARIA, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, PALAZON FRANCO MARTA, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, RIVERA GUIRAL ESTEFANIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

TEMAS

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

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Siguiendo la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, promovida recientemente por el departamento de Sanidad, el Equipo de Atención Primaria de Broto quiere iniciar un proyecto dirigido a los niños y niñas en edad escolar (infantil y primaria) de nuestra zona de Salud.

En nuestra zona de Salud la escolarización en esas edades se realiza en el Centro Rural Agrupado "Alto Ara", al que pertenecen 4 centros escolares, en Broto, Torla, Fiscal y Boltaña, este último fuera de nuestra zona de salud. En el curso 2016/2017 se escolarizaron 176 alumnos (42 en Broto, 31 en Fiscal, 18 en Torla y 84 en Boltaña)*. El CRA "Alto Ara" pertenece a la Red Aragonesa de escuelas promotoras de la salud (RAEPS) y por ello entendemos que, a nuestro juicio, la colaboración con el CRA resulta ideal para nuestro primer acercamiento a la Atención Comunitaria.

Nuestra intención es acercar a las aulas mediante charlas y actividades orientadas según grupos de edades, una serie de temas que el Equipo de Atención Primaria propondrá inicialmente sobre estilos de vida saludable, alimentación, higiene y lavado de manos, higiene bucodental, primeros auxilios, nociones de RCP, prevención de consumo de tabaco y alcohol... etc, y que serán los propios profesores del CRA y las AMYPAS quienes decidirán qué temas les parecen más pertinentes de los propuestos o si prefieren que se hable de otro tema, y así hacerles partícipes en el desarrollo del proyecto.

*Fuente: opendata.aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos

RESULTADOS ESPERADOS

El primer y más importante objetivo de este proyecto es acercar el Centro de Salud a la comunidad.

De manera más específica se espera que los niños y niñas hasta 12 años de nuestra zona de salud tomen conciencia de la importancia de llevar un estilo de vida saludable y aumenten sus conocimientos en los temas tratados.

Como objetivo secundario, aprovechando la difusión del proyecto y las relaciones con las AMYPAS, trataremos de reactivar el Consejo de Salud de Zona, que no se reúne desde hace más de tres años .

MÉTODO

Tras elaborar una lista de posibles temas a tratar, se contactará con la dirección del CRA "Alto Ara" y las AMYPAS para que elijan al menos tres temas que consideren de interés para sus alumnos/hijos.

El responsable de cada tema elaborará y diseñará una charla o planteará una actividad para llevar a cabo en función de la edad de los niños y niñas destinatarios. Así mismo diseñará un pequeño test de evaluación para los niños mayores de 6 años.

Se planificará una charla trimestral en cada una de las escuelas de nuestra zona (Fiscal, Broto y Torla). Al final de cada charla se pasará un test de evaluación a los mayores de 6 años .

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesores del CRA y los padres después de la última charla del curso.

INDICADORES

Nº de Charlas/actividades realizadas. Se espera realizar al menos 3 en cada centro de nuestra zona durante el año académico. Fuente: Registro propio

Adquisición de conocimientos en los niños tras asistir a las charlas/actividades. Se espera que la media aritmética de los resultados en los tests de evaluación sea superior al 60% de la máxima nota posible.

Índice de satisfacción: Se espera que el resultado de las encuestas de satisfacción sea superior al 80%

Reunión del Consejo de Salud de Zona: Se espera que se realice hasta Junio de 2019 al menos una reunión.

DURACIÓN

Junio 2018: Elaboración de listado de posibles temas a tratar en las escuelas.

Junio 2018: Reparto de temas a preparar entre los componentes del equipo.

Junio 2018-Abril 2019: Preparación de exposiciones, charlas, material y/o actividades, cuestionarios de evaluación de cada tema y encuesta de satisfacción.

Septiembre 2018: Propuesta de temas a tratar a los profesores del CRA y las AMYPAS

Septiembre 2018: Elaboración de calendario definitivo de sesiones en las escuelas

Septiembre 2018 - Junio 2019: Realización de al menos una charla trimestral en cada uno de los centros de nuestra zona

Junio 2019: Evaluación y, según resultados, dar continuidad al proyecto en los siguientes cursos académicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DE LOPE ROMEO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO
PALAZON FRANCO MARTA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA
FERNANDEZ SERON ITZIAR
LANAU LACORT ANA
BURRIEL MESEGUER ANA LUISA
PEREZ MARINAS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se han realizado tres reuniones del equipo de mejora para preparar las charlas que se iban a impartir.

Febrero de 2019: Charla en el colegio de Fiscal sobre primeros auxilios dirigida a niños de 3-7 años.

Marzo 2019: Charla en el Colegio de Broto sobre RCP básica dirigida a niños de 6 a 10 años

Diciembre 2019 : Charla en el Colegio de Broto sobre RCP básica dirigida a niños de 10 a 14 años

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según consta en los registros propios de nuestro centro de salud se han realizado un total de 3 charlas a lo largo del año 2019 que no llegan al estandar esperado de una charla por trimestre en cada colegio (Broto, Fiscal, Torla) A lo largo del año se desestimó realizar cuestionario de adquisición de conocimientos como se indicaba en el proyecto inicial ya que resultaba complejo dada la variabilidad de edades.

No se realizaron encuestas de satisfacción pero desde el equipo directivo del CRA Alto Ara han hecho llegar al centro la satisfacción del personal docente y de los alumnos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque inicialmente costó esfuerzo preparar las charlas adaptadas a los distintos grupos de edad y coordinarse con un centro escolar rural con alta tasa de rotación de profesionales de un curso académico a otro para concretar fechas, ahora es el propio colegio el que demanda estas charlas dirigidas además de a niños y niñas, a monitores de comedor y personal docente, teniendo ya fechas acordadas para realizar otras dos en el primer mes de 2020. Es por ello por lo que consideramos que, después del esfuerzo inicial, merece la pena continuar con este proyecto al menos un año más para que posteriormente el propio colegio vaya asumiendo un papel más activo en la organización de estas charlas contando con la colaboración del grupo de Atención Comunitaria del Centro de Salud de Broto

7. OBSERVACIONES.

Durante 2019 se han producido varios cambios en el equipo inicial de mejora debido al traslado o jubilación de algunos profesionales. El equipo definitivo de mejora es el que consta en esta memoria

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1069 ===== ***

Nº de registro: 1069

Título
"BAXANDO T'A ESCUELA"

Autores:
DE LOPE ROMEO MARIA, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, PALAZON FRANCO MARTA, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, RIVERA GUIRAL ESTEFANIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Siguiendo la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, promovida recientemente por el departamento de Sanidad, el Equipo de Atención Primaria de Broto quiere iniciar un proyecto dirigido a los niños y niñas en edad escolar (infantil y primaria) de nuestra zona de Salud.

En nuestra zona de Salud la escolarización en esas edades se realiza en el Centro Rural Agrupado "Alto Ara", al que pertenecen 4 centros escolares, en Broto, Torla, Fiscal y Boltaña, este último fuera de nuestra zona de salud. En el curso 2016/2017 se escolarizaron 176 alumnos (42 en Broto, 31 en Fiscal, 18 en Torla y 84 en Boltaña)*. El CRA "Alto Ara" pertenece a la Red Aragonesa de escuelas promotoras de la salud (RAEPS) y por ello entendemos que, a nuestro juicio, la colaboración con el CRA resulta ideal para nuestro primer acercamiento a la Atención Comunitaria.

Nuestra intención es acercar a las aulas mediante charlas y actividades orientadas según grupos de edades, una serie de temas que el Equipo de Atención Primaria propondrá inicialmente sobre estilos de vida saludable, alimentación, higiene y lavado de manos, higiene bucodental, primeros auxilios, nociones de RCP, prevención de consumo de tabaco y alcohol... etc, y que serán los propios profesores del CRA y las AMYPAS quienes decidirán qué temas les parecen más pertinentes de los propuestos o si prefieren que se hable de otro tema, y así hacerles partícipes en el desarrollo del proyecto.

*Fuente: opendata/aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos

RESULTADOS ESPERADOS

El primer y más importante objetivo de este proyecto es acercar el Centro de Salud a la comunidad.

De manera más específica se espera que los niños y niñas hasta 12 años de nuestra zona de salud tomen conciencia de la importancia de llevar un estilo de vida saludable y aumenten sus conocimientos en los temas tratados.

Como objetivo secundario, aprovechando la difusión del proyecto y las relaciones con las AMYPAS, trataremos de reactivar el Consejo de Salud de Zona, que no se reúne desde hace más de tres años .

MÉTODO

Tras elaborar una lista de posibles temas a tratar, se contactará con la dirección del CRA "Alto Ara" y las AMYPAS para que elijan al menos tres temas que consideren de interés para sus alumnos/hijos.

El responsable de cada tema elaborará y diseñará una charla o planteará una actividad para llevar a cabo en función de la edad de los niños y niñas destinatarios. Así mismo diseñará un pequeño test de evaluación para los niños mayores de 6 años.

Se planificará una charla trimestral en cada una de las escuelas de nuestra zona (Fiscal, Broto y Torla). Al final de cada charla se pasará un test de evaluación a los mayores de 6 años .

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesores del CRA y los padres después de la última charla del curso.

INDICADORES

Nº de Charlas/actividades realizadas. Se espera realizar al menos 3 en cada centro de nuestra zona durante el año académico. Fuente: Registro propio

Adquisición de conocimientos en los niños tras asistir a las charlas/actividades. Se espera que la media aritmética de los resultados en los tests de evaluación sea superior al 60% de la máxima nota posible.

Índice de satisfacción: Se espera que el resultado de las encuestas de satisfacción sea superior al 80%

Reunión del Consejo de Salud de Zona: Se espera que se realice hasta Junio de 2019 al menos una reunión.

DURACIÓN

Junio 2018: Elaboración de listado de posibles temas a tratar en las escuelas.

Junio 2018: Reparto de temas a preparar entre los componentes del equipo.

Junio 2018-Abril 2019: Preparación de exposiciones, charlas, material y/o actividades, cuestionarios de evaluación de cada tema y encuesta de satisfacción.

Septiembre 2018: Propuesta de temas a tratar a los profesores del CRA y las AMYPAS

Septiembre 2018: Elaboración de calendario definitivo de sesiones en las escuelas

Septiembre 2018 - Junio 2019: Realización de al menos una charla trimestral en cada uno de los centros de nuestra zona

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Junio 2019: Evaluación y, según resultados, dar continuidad al proyecto en los siguientes cursos académicos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1428

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELLES LLERDA RAQUEL
DE LOPE ROMEO MARIA
RUBIO GONZALEZ PAULA
FERNANDEZ SERON ITZIAR
PALAZON FRANCO MARTA
PEREZ MARINAS RAQUEL
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al inicio del proyecto se realizó una sesión clínica sobre la Estrategia del Pie diabético en Aragón. Posteriormente los profesionales de enfermería comenzaron a realizar las valoraciones de pie de los pacientes diabéticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados distan mucho del objetivo propuesto, habiéndose realizado valoración del pie diabético en el 23,2% de los pacientes cuando el estándar que se pretendía alcanzar era del 90%. Los pacientes de riesgo moderado (10,34%) a los que se les realizaron 2 revisiones fue del 64% (Estandar 90%). El único paciente que se catalogó como riesgo alto fue valorado en más de 3 ocasiones en el año (Estandar 90%) fue valorado por la unidad de pie diabético del Hospital Provincial (100%) realizándose dada la dificultad para el traslado por vía telemática con su responsable

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados en 2019 han sido mucho más bajos de lo esperado debido a los cambios en el personal de los dos cupos de enfermería por jubilación y traslado, haciéndose cargo dos nuevos profesionales provenientes de atención especializada con poca experiencia en manejo de planes personales y de enfermería en OMI, lo que puede justificar en parte los malos resultados. Por ello, si la comisión de valoración lo considera oportuno proponemos dar continuidad al proyecto en 2020 con dos nuevas sesiones de formación en manejo de planes personales y recuerdo de la Estrategia del pie diabético en aragon para intentar llegar a los estándares propuestos en los indicadores del proyecto inicial el proyecto i

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1428 ===== ***

Nº de registro: 1428

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

Autores:
TORRERO BESCOS YOLANDA, BELLES LLERDA RAQUEL, DE LOPE ROMEO MARIA, RUBIO GONZALEZ PAULA, FERNANDEZ SERON ITZIAR, PALAZON FRANCO MARTA, PEREZ MARINAS RAQUEL, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1428

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE MIRIAM CABELLUD LASIERRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAÑEN
· Localidad GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFRAGUETA PUENTE BELEN
GAVIN ANGLADA NATIVIDAD
PUY CABRERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar hubo una recogida de la demanda realizada por la presidenta de las amas de casa de uno de los municipios pertenecientes al centro de salud. Se expuso dicha propuesta en una reunión de equipo del centro y se formó el equipo de trabajo para el proyecto formado por 4 personas.

Se fueron realizando búsquedas individuales de bibliografía y de soporte audiovisual para su posterior puesta en común en las reuniones del equipo. Estas reuniones solían tener una duración de una hora con una periodicidad semanal a lo largo de 2 meses.

Realizamos una presentación power-point con texto e imágenes para intentar facilitar la comprensión de los asistentes. Además, grabamos un vídeo interpretado por personal del centro de salud, en el que se representa una situación cotidiana llevada en clave de humor a la exageración. Durante la charla, también realizamos un pequeño taller práctico con envases de medicamentos que se reparten entre todos los asistentes. Así mismo, dejamos un espacio para la reflexión y dudas.

Una vez terminado, se repartieron las tareas que cada miembro del equipo iba a realizar durante la charla y se hizo una primera presentación (el 5 de Mayo de 2017) al equipo del centro de salud para que aportasen su opinión y sugerencias. Unos días después impartimos la charla en la asociación de las amas de casa de donde había surgido la demanda y nos fuimos poniendo en contacto con las asociaciones del resto de núcleos de la zona de salud de Grañen.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar el grado de consecución del objetivo planteado, utilizamos una encuesta que se pasa antes de comenzar la charla y una vez terminada esta y que consta de 6 preguntas con 4 opciones posibles de respuesta. Una vez analizados los datos obtenidos en estas encuestas (previa y posterior) y comparados entre sí, observamos que después de la charla, hay una mejora de los conocimientos de un 21% de media en cuanto a los contenidos de la misma (¿qué es un medicamento?, uso racional del medicamento, automedicación, polimedicação e incumplimiento terapéutico), llegándose a alcanzar un 30% en alguna de las preguntas. Hemos detectado una alta respuesta por parte de la población con una buena afluencia a las charlas. Una mejora en la comunicación con los profesionales sanitarios. Un mayor conocimiento para lograr una automedicación responsable.

Existe una limitación en los objetivos a alcanzar por problemas de horario (que dificultan la asistencia a la población más joven) físicos e intelectuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de devolver la información. Realizar más dinámicas activas para fomentar la participación de los asistentes. Contactar con los farmacéuticos de la zona y con Salud Mental para que nos aportasen sus ideas y problemas detectados que pueden ser distintos a los nuestros. La evaluación se ha visto sesgada por las características propias de la mayoría de los asistentes (edad avanzada, dificultades sensoriales, analfabetismo...)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1275 ===== ***

Nº de registro: 1275

Título
HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Autores:
CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, PUY CABREO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población en general y pacientes crónicos y polimedificados en particular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un desconocimiento en la población acerca del uso de algunos medicamentos y las consecuencias de la polimedicación sobre la salud.
Con este proyecto se pretende, en la medida de lo posible, concienciar a la población sobre el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.

MÉTODO
Se realizarán charlas educativas a la comunidad (amas de casa, jornadas culturales...)
Para la realización de este proyecto, haremos reuniones semanales de los miembros del equipo para elaborar una presentación con la documentación recogida.

INDICADORES
Mejorar el conocimiento de la población.
Evaluación mediante encuesta previa y posterior a la charla.

DURACIÓN
La duración de la charla será de aproximadamente 2 horas. Será impartida por los miembros del equipo.
La fecha de inicio del proyecto es Mayo 2017 y su finalización Mayo 2018

OBSERVACIONES

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE NATIVIDAD GAVIN ANGLADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GRAÑEN
· Localidad GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABIO SARRATE MARIA PILAR
FUERTES ESTALLO MARIA
NOGUES SEN MARIA LOURDES
PUY CABRERO ALICIA
MENDOZA ESCUER ANA MARIA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado CUATRO actividades en la comunidad relacionadas con el proyecto HABLEMOS DE MEDICAMENTOS. La actividad está dividida en 3 partes, a saber: 1. Presentación y explicación mediante power-point de los aspectos más relevantes relacionados con los medicamentos para usuarios. 2. Visionado de un video de rol playing de la actuación de usuarios en una consulta médica y 3. Acción y juego participativo de los asistentes. En todas las sesiones se han incluido acciones para facilitar la participación de los asistentes, parte 3, como son: 1. Debatir sobre las conductas inadecuadas que se observan en el video mostrado y 2 mediante la realización de un juego en el que las personas asistentes, al final de la exposición y agrupadas en grupos, tratan de emparejar cada una de las definiciones que se han expuesto con su correspondiente etiqueta del concepto definido (rotulada en una cartulina), como por ejemplo: tolerancia, medicamento.... También se propone en cada una de las sesiones que en sucesivas reuniones que tengan en su comunidad o asociación realicen un dibujo relacionado con esta actividad, de forma que les invite a la reflexión y al mismo tiempo se pueda confeccionar un poster-colas con los mismos que promueva así la difusión de esta acción. Las acciones se desarrollaron los días: 19/06, 07/11, 26/11 y 17/12/2018, en Sodeto, Grañén, Frula y Robres respectivamente. Los asistentes en total han sido 89 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.
Valor de Indicadores

Porcentaje de asistentes que reflejan en la encuesta después de la charla un entendimiento de la información que aparece en las cajas de los medicamentos como "bastante" o "mucho" .

Estándar: >85%

Resultado: 79,01%

Porcentaje de asistentes que reflejan en la encuesta después de la charla que creen que es "bastante" o " muy importante" conservar la presentación a la hora de tomar un fármaco.

Estándar: > 90%

Resultado: 95,89%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estas acciones Centro de Salud-Comunidad fortalecen el establecimiento de un mayor vinculo con los "activos de la comunidad" y acercan los temas sanitarios a la población. La organización la lleva a cabo la asociación de Amas de Casa lo que condiciona que la mayor parte del auditorio son mujeres y en su mayoría mayores de 65 años, y muchas de ellas de edad muy avanzada. No se consigue alcanzar el objetivo de entendimiento de la información que aparece en las cajas de medicamentos (nos proponíamos > 85%, y solo alcanzamos un 79,01% de las personas que tras la actividad refieren entenderla "bastante o mucho"). Este dato puede estar afectado por dos aspectos: 1. El nivel de conocimientos de partida de la información que aparece en las cajas de medicamentos es muy baja, únicamente el 33,3% de los asistentes refiere entenderla "bastante o mucho", por lo que observamos una elevación del nivel de conocimientos muy significativo, aunque eso sí en el plazo inmediato y 2. El ya mencionado de asistentes de edades muy avanzadas. Para acciones posteriores se hará hincapié en las informaciones más relevantes que aparecen en la caja de los medicamentos (nombre comercial, dosis, conservación) obviando aquellas otras que puedan resultar más complejas (código identificativo...).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1275 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Nº de registro: 1275

Título
HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Autores:
CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, PUY CABREO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población en general y pacientes crónicos y polimedicados en particular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un desconocimiento en la población acerca del uso de algunos medicamentos y las consecuencias de la polimedicación sobre la salud.
Con este proyecto se pretende, en la medida de lo posible, concienciar a la población sobre el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.

MÉTODO
Se realizarán charlas educativas a la comunidad (amas de casa, jornadas culturales...)
Para la realización de este proyecto, haremos reuniones semanales de los miembros del equipo para elaborar una presentación con la documentación recogida.

INDICADORES
Mejorar el conocimiento de la población.
Evaluación mediante encuesta previa y posterior a la charla.

DURACIÓN
La duración de la charla será de aproximadamente 2 horas. Será impartida por los miembros del equipo.
La fecha de inicio del proyecto es Mayo 2017 y su finalización Mayo 2018

OBSERVACIONES

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE DOMINGO ARA LAUNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GRAÑEN
· Localidad GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JORDAN LANASPA GISELA
ANDREU RUFAT MARIA JOSE
SOLANES OLIVAN MARIA PILAR
CABAÑUZ LATORRE MERCEDES
QUINTANA VELASCO CARMEN
CABAÑUZ BENEDICTO MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se solicitó a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los pacientes con la triple terapia a través de una búsqueda en el sistema informático OMI. En la última revisión del cuadro de mando en el EAP de Grañén, al inicio del proyecto, se identificaron 34 pacientes con la triple terapia. Se analizó la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que en cada uno de los mismos existían, y se empezó por la retirada de AINEs en el plazo más breve cuando esto era posible. Se siguió realizando una revisión del cuadro de mandos por si aparecían nuevos casos, tratando de igual manera que la triple terapia durase el menor tiempo posible. Se realizaron dos reuniones del equipo para debatir alternativas terapéuticas en los casos más complejos. Los pacientes con la triple terapia fueron monitorizados en su función renal. Se controló la función renal si no se disponía de valores de creatinina sérica, filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviesen en tratamiento con la triple combinación en ese momento o cuando sin llevar ese tiempo fuesen a continuar con la misma por no existir una alternativa terapéutica adecuada. Al final del proyecto, febrero de 2019, en la revisión del cuadro de mandos se identificaron 17 pacientes con la triple terapia. Se ha comunicado a todos los participantes del proyecto los resultados obtenidos y todos ellos han dado el visto bueno a esta memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY REVISADA LA IDONEIDAD DE LA MISMA/N° TOTAL DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY.
Estándar: 100%
Resultado: 100%

- N° DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY Y AL MENOS UNA DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL SEMESTRAL/N° TOTAL DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY.
Estándar: 80%
Resultado: 78,57%

- N° DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY DESPUES DE LA INTERVENCIÓN (al final del proyecto)/ N° DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY ANTES DE LA INTERVENCIÓN (al inicio del proyecto).
Estándar: Se fijó únicamente en "reducción".
Resultado: Reducción del 50%

* La fuente de datos es OMI y la HCE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El análisis y procesado de los datos a través de los actuales sistemas de información proporciona una fuente de revelación de gran importancia para su uso clínico. El conocimiento de "situaciones de riesgo" para la seguridad de las personas en el uso de medicamentos como en este caso el denominado "triple Whammy" ha permitido una actuación decidida de los profesionales que ha conseguido la reducción a la mitad los usuarios con la triple terapia. Acotar poblaciones de riesgo y diseñar proyectos de intervención para mejorar la seguridad de la prescripción medicamentosa en las mismas mejoran los resultados obtenidos en la consulta.

- Observaciones: Han existido problemas en el acceso al cuadro de mandos por parte de los profesionales médicos durante las últimas semanas y por ello no se ha podido revisar las fechas de las analíticas con sus correspondientes valores de función renal en 3 de ellos, excluyéndose estos casos, por tanto, del indicador correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1006 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Nº de registro: 1006

Título
SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Autores:
ARA LAUNA DOMINGO, JORDAN LANASPA GISELA, ANDREU RUFAT MARIA JOSE, SOLANES OLIVAN MARIA PILAR, CABAÑUZ LATORRE MARIA MERCEDES, CABAÑUZ BENEDICTO MARIA CRISTINA, QUINTANA VELASCO CARMEN L

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El término triple whammy (TW) fue utilizado por primera vez en el año 2000 por Thomas para definir el fallo renal agudo (FRA) asociado al tratamiento concomitante con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (iECA), diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Este término, que se podría traducir como «triple golpe», representa la acción combinada de estos 3 grupos de fármacos a nivel renal.
Thomas describió 2 casos clínicos y realizó una revisión de la literatura publicada, encontrando que el uso combinado de AINE y diuréticos duplicaba el riesgo de hospitalización comparado con diuréticos solos, y que la combinación iECA, AINE y diuréticos estaba implicada en un 50% de casos de FRA iatrogénico.
Desde entonces, se han publicado diferentes estudios observacionales que refuerzan esta relación.
En 2014, Fournier et al. analizaron una base de datos de farmacovigilancia francesa y encontraron que el FRA causado por la interacción entre AINE e iECA/ARA-II o diuréticos fue el efecto adverso notificado con mayor frecuencia.
En nuestro país se ha publicado recientemente un estudio observacional en el que se detectaron 85 ingresos por FRA asociado a fármacos de la combinación TW.
En la última revisión del cuadro de mando en el EAP de Grañen se identificaron 34 pacientes con la triple terapia.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
Reducir el riesgo de iatrogenia, casos de FRA, en pacientes en tratamiento con la triple terapia Whammy.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
Reducir el número de pacientes con la triple terapia, si esta no está absolutamente justificada.
Mejorar la monitorización de la función renal.

MÉTODO
Identificar los pacientes con la triple terapia.
Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los mismos a través de una búsqueda en el sistema informático OMI. Fuente de datos: Cuadro de mando.
Analizar la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que en cada uno de los mismos existen, empezando por la retirada de AINEs.
Se llevará a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con la triple terapia. En una primera fase cada médico realizará una revisión de toda la medicación de los pacientes Whammy asignados en su cupo, suspendiendo los fármacos no indicados. Posteriormente, y en una segunda fase, los casos que continúen con la triple terapia serán analizados en un pleno monográfico por el grupo del proyecto junto con los médicos responsables para ver si existe una alternativa terapéutica para cada uno de los casos, y de encontrarla se llevará a cabo.
Los pacientes que sigan con la triple terapia serán monitorizados de la función renal.
Se monitorizará la función renal si no se dispone de valores de creatinina sérica, Filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviese en tratamiento con la triple combinación en ese momento. Si el paciente hace menos de 6 meses que lleva la triple combinación y no se dispone de los valores de función renal mencionados, también se monitorizará.

INDICADORES
Nº DE PACIENTES TRIPLE TERAPIA WHAMMY REVISADA LA IDONEIDAD DE LA MISMA/Nº TOTAL DE PACIENTES TRIPLE TERAPIA WHAMMY. Estándar 100%
Nº DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERAPIA TRIPLE WHAMMY Y AL MENOS UNA DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL SEMESTRAL/Nº TOTAL DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERAPIA TRIPLE WHAMMY. Estándar > 80%

DURACIÓN
Comunicación por escrito del proyecto a todos las médicas y enfermeras del centro de Salud, incluyendo a las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

profesionales de Atención Continuada y personal de sustituciones de verano o bajas. Junio 2018 hasta el final del proyecto.
Identificar los pacientes Whammy. Junio 2018
Reunión del grupo de mejora y las médicas titulares para asignar los pacientes encontrados y debatir las alternativas terapéuticas. Junio 2018
Analizar la indicación de la prescripción (1ª fase). Julio-Agosto-Septiembre 2018. Cada médica la realizará de los pacientes de su cupo. (incluye la citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).
Identificar los pacientes Whammy. Octubre 2018
Analizar la indicación de la prescripción (2ª fase). Octubre-Noviembre 2018. Análisis grupal de los casos (incluye la posterior citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).
Identificar los pacientes Whammy. Diciembre 2018
Monitorización de la función renal. Diciembre 2018 -Enero 2019 (incluye la creación de un aviso-flash en OMI de "paciente Whammy" con la fecha para la realización de la próxima analítica adecuada a los tiempos establecidos y la ejecución de la susodicha solicitud).
Identificar los pacientes Whammy. Revisar la existencia del aviso completo en OMI en todos ellos y que figura la petición de la analítica como efectuada. Febrero 2018. Cada médica los pacientes pertenecientes a su cupo.
Medición de los indicadores. Abril 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 20/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCUER MENDOZA ANA
MAZA MOREU CELIA
OLMEDO MARTINEZ NAYLA
BAGAN FORTEA SERGIO
SOPENA GRACIA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Reunión de participantes para diseño del programa, puesta en conocimiento de los representantes del ayuntamiento de Robres.
- 2- Sesión Informativa del proyecto al E.A.P. de Grañén.
- 3- Sesión informativa del proyecto a la comunidad realizada en el Salón de Actos del Ayuntamiento de Robres el día 4 de abril de 2019.
- 4- Cribaje en consultas de Medicina y Enfermería, para asignación de los participantes a los diferentes Grupos.
- 5- Elaboración de Ficha individual de participantes (para inicio, derivación y seguimiento de los mismos).
- 6-Tarjeta realizada por el Ayto de Robres para acudir cada participante mayor de sesenta y cuatro años, y censado en esta población y seleccionado para participar en este proyecto. Esta tarjeta permite acudir a los servicios ubicados en el polideportivo de la localidad (Nutricionista, Fisioterapeuta y Preparador Físico.)
- 7- En el consultorio local seguimiento mensual en consulta de medicina y de enfermería de los participantes; así como registro de actividades en la Agenda Comunitaria (Activos en Salud).
- 8- Seguimiento en consultas de profesionales (2 consultas por participante) en
- 9- El Material para desarrollar el proyecto utilizado, en consulta de Medicina y Enfermería, ha sido el siguiente:

Cuestionario validado de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA). Programa OMI (registros de peso, IMC (Inicio, Seguimiento y Final). Test de Tinetti (valoración marcha y equilibrio). Valoración inicial del test, dos cortes del mismo y valoración final. Valoración EVA Inicial y final y registro.
Realización de hojas de Excel para registro de los datos de Grupo 1/2/3.
Se ha cumplido el calendario de Actividades aunque se han prolongado en fechas finalizando en el Mes de Enero 2020.

Recursos Empleados.

Recursos Humanos. Participantes en el Proyecto. Recursos materiales: instalaciones del Polideportivo de la localidad. Consultorio local y material del mismo (ordenador, Programa OMI, báscula, tallímetro. Cuestionarios ya mencionados en este proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grupo 1.
Nº de participantes con una reducción del peso corporal >5%/nº de participantes del Grupo 1=18/35=51%. Se ha alcanzado el Objetivo estándar.
Nº de participantes del Grupo 1 con una mejora del Cuestionario (CFCA) Después/Antes/participantes del Grupo1.
Este cuestionario recoge 9 subgrupos.
1. Lácteos, grupo de consumo importante en este grupo de edad, se ha mejorado en el consumo de lácteos desnatados en antes 3/35 y después 10/35.
2. Huevos, Carnes y Pescado, no se ha producido cambios en consumo de huevos, se modifica consumo de carne de cerdo. Se mantiene el consumo de carne de aves. Y no se modifica el consumo de pescado.
3. Verduras y hortalizas. Sin cambios en este grupo.
4. Frutas si se ha producido un aumento en el consumo de cítricos.
5. Legumbres y cereales. Se mantiene el consumo aunque se ha modificado la forma de elaboración produciéndose un cambio en 5%. De los participantes.
6. Aceites y Grasas. Se mantiene el consumo de aceite de oliva de producción propia.
7. Bollería y Pastelería. Esta pastelería es producida fundamentalmente en panaderías artesanas de la población. Altamente extendido el consumo en desayunos y meriendas. (Madalenas, etc.) Hemos intentado se reduzca de forma diaria este consumo. La percepción de la población es que este tipo de producto es casi como "seña de identidad de la población" con respecto a otras poblaciones vecinales.
8. Miscelánea. (Sopas de sobre, croquetas, mahonesas, salsas, etc.) este grupo está formado por alimentos fundamentalmente procesados. No es grupo de consumo frecuente en esta edad de los participantes y población.
9. Bebidas .Fundamentalmente consumo de vino de producción propia.
Estamos ante una población rural con edad de los participantes superior a 64 años, donde continua la producción propia en muchos de los alimentos que se consumen de forma diaria, por la existencia de (huertos, granjas de aves, cerdos, producción de aceite de oliva, lo cual es favorable en algunos casos y difícil de modificar en caso de alimentos no saludables.)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

1. TÍTULO

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

Grupo 2.
Nº de participantes del Grupo 2 con riesgo de caídas (Tinetti<25) que se han mejorado en más de 3 puntos la puntuación en la escala de Tinetti después de la Intervención Respecto del nº de participantes del Grupo 2 que presentan riesgo de caídas antes de la intervención 3/30=10%.
Nº de participantes del Grupo 2 con un aumento de más del 5% de la movilidad articular (Medida con el Goniómetro)/nº de participantes del Grupo 2.=7/30=23%
Grupo 3.
Nº de participantes con una percepción de menos dolor (>1punto de diferencia medido mediante Escala E.V.A. (0-10) Después -Antes /Nº participantes del Grupo 3. 6/10=60%. Se ha alcanzado el Objetivo estándar.
Nº total de participantes en el Proyecto (Grupos 1, 2 y 3) Que han conseguido después de la intervención "Entren" dentro de los valores de referencia, intervalo normal, según el Genero y las distintas Edades/nº de participantes del proyecto que están fuera de esos valores normales antes de la intervención.
Grupo 1, Mujeres 10/20, han conseguido una reducción del peso corporal superior al 5% y en Hombres 8/7, han conseguido una reducción del peso corporal superior al 5%.
Grupo 2, Número de Participantes del grupo 2 con riesgo de caídas (Tinetti <25) que se han mejorado en más de tres puntos. Mujeres 2/18; Hombres 1/9. Apdo. 2 Número de participantes del grupo 2, con un aumento de más del 5% de la movilidad articular (medida con el goniómetro) Mujeres 6/14, Hombres 1/9.
Grupo 3. Número de participantes con una percepción de menos dolor (>1) Mujeres 4/2 y Hombres 2/2.
Todos los participantes por definición en el proyecto tienen edades >64 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Seguimos recomendando, en consulta diaria la práctica de Hábitos saludables el proyecto confirma la motivación existente en esta población, que a pesar de su edad (personas mayores de 64 años) sigue siendo suficiente para poder iniciar cambios en hábitos saludables, con apoyo e información adecuada.El proyecto fue sostenible gracias al apoyo económico del Ayto de Robres, dirigido hacia los profesionales del Polideportivo, en la actualidad no habrá seguimiento puesto que se ha decidido destinar recursos a otras iniciativas como al programa comunitario de autonomía personal, lo cual impide la continuidad directa de este programa, pero pensamos ha sido un buen inicio para concienciar en el seguimiento de otros programas.

7. OBSERVACIONES.

VIÑUALES PALOMAR CARLOS. NO HA PARTICIPADO EN EL PROYECTO POR CAMBIO EN PUESTO DE TRABAJO.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/652 ===== ***

Nº de registro: 0652

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

Autores:
CABAÑUZ LATORRE MERCEDES, MENDOZA ESCUER ANA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS, MAZA MOREU CELIA, OLMEDO MARTINEZ NAYLA, BAGAN FORTEA SERGIO, SOPENA GRACIA JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOBREPESO, OBESIDAD Y TRASTORNOS DE MOVILIDAD/MARCHA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso natural de la vida y lo deseable es que este proceso sea activo y saludable. La Zona Básica de Salud (ZBS) de Grañén cuenta con un porcentaje del 31.11% de personas mayores de 65 años respecto a la población total. En la localidad de Robrés hay censadas en la actualidad 162 personas mayores de 64 años. La población de Robrés cuenta con una instalación polideportiva además de consultas con nutricionista, fisioterapeuta y preparador físico. El equipo del ayuntamiento propone la gratuidad de los mismos para las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

1. TÍTULO

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

personas mayores de 64 años residentes en la localidad. El equipo sanitario de Robres conoce la prevalencia de hábitos no saludables relacionados con la alimentación y la actividad física en personas de esta franja de edad, así como de otros problemas relacionados con la movilidad y fragilidad. Concretamente, y aplicable a la localidad de Robrés, la tasa de sobrepeso-obesidad de esta ZBS por 1000 habitantes es de 309,54. Los trastornos de la marcha son un problema en la población adulta mayor y causa importante de limitación funcional en las actividades de la vida diaria.

Por todo ello el personal sanitario del SALUD y los profesionales de diferentes ámbitos de la salud y del deporte que tiene contratados el Ayuntamiento de Robres van a promover y desarrollar de forma coordinada este proyecto comunitario que contribuirá a mejorar los hábitos de salud de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

Criterios de inclusión:

Grupo 1. Personas con un Índice de Masa corporal = ≥ 25 .

Grupo 2. Personas con problemas de movilidad en la marcha (camina con ayuda: andador, muletas ó bastón y/o antecedentes de caídas)

Grupo 3. Personas con dolor osteomuscular o osteoarticular crónico

*Cada persona puede estar incluido en más de un grupo.

Intervención:

Grupo 1. En la consulta de la Nutricionista se realizará entrevista nutricional y se trabajaran hábitos alimentarios adecuados.

Grupo 2 y Grupo 3. En la consulta del Fisioterapeuta se realizará una valoración de la marcha y el equilibrio, una valoración de la movilidad articular y una valoración del dolor

Grupos 1,2 y 3. El Preparador físico orientará la actividad física más apropiada mediante la realización del Senior Fitness Test (SFT)

INDICADORES

Nº Participantes del grupo 1 con una reducción del peso corporal $>5\%$ /nº participantes del grupo 1. Estándar $>50\%$.

Nº Participantes del grupo 1 con una mejora del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA)

después-antes / Nº Participantes del grupo 1 Estándar $>50\%$

Nº de Participantes del grupo 2 con riesgo de caídas (Tinetti < 25) que se han mejorado en más de 3 puntos la puntuación en la escala de Tinetti después de la intervención respecto del Nº de participantes del grupo 2 que presentan riesgo de caídas antes de la intervención. Estándar: $> 30\%$

Nº Participantes del grupo 2 con un aumento de más del 5% de la movilidad articular (medida con el goniómetro) /

Nº Participantes del grupo 2. Estándar $> 50\%$

Nº Participantes del grupo 3 con una percepción de menos dolor ($>$ de 1 punto de diferencia medido mediante escala EVA 0-10) después-antes/ Nº Participantes del grupo 3. Estándar $>20\%$

Nº Total de Participantes en el proyecto (grupos 1,2 y 3) que se ha conseguido que después de la intervención

"entren" dentro de los valores de referencia, intervalo normal, según el género y las distintas edades/Nº

participantes del proyecto que están fuera de esos valores normales antes de la intervención. Estándar: $> 30\%$.

DURACIÓN

Inicio: Marzo 2019. Final: Enero 2020

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

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

Sesión informativa del proyecto en el ayuntamiento. Marzo 2019

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

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

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

septiembre./octubre.

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

Evaluación indicadores: Enero 2020.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

1. TÍTULO

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

Antigua línea: Otras

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1403

1. TÍTULO

MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARA LAUNA DOMINGO
NOGUES SEN MARIA LOURDES
MENDOZA ESCUER ANA
SOLANES OLIVAN PILAR
ELFAU MAIRAL MARIA
PUY CABRERO ALICIA
MARTINEZ SANCHEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades se realizaron siguiendo el cronograma establecido.

En primer lugar, ante el aumento de prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) especialmente en pacientes ancianos y pluripatológicos, y la necesidad de ajustar la dosis de determinados medicamentos como los hipolipemiantes a la función renal para evitar efectos secundarios, se realizó una búsqueda bibliográfica cuyos resultados se expusieron en una reunión inicial, de la que salió la necesidad de realizar un Proyecto de Mejora para la adecuación farmacológica.

En una fase inicial se vio la necesidad de determinar la prevalencia real de pacientes con ERC del área de Grañén, y su registro apropiado con Episodio en OMI de ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (U99), así como de excluir a aquellos que no la tenían. Para ello se configuró un listado de pacientes con Episodio ya creado, y otro con los datos de Filtrado Glomerular obtenido en las analíticas del año previo (2018), que se envió a cada miembro del proyecto para que revisara los pacientes de su cupo, elaborando finalmente el listado definitivo con paciente con ERC del Centro de Salud de Grañén.

Se realizó una presentación PowerPoint para explicar las indicaciones de los FARMACOS HIPOLIPEMIANTES en virtud del grado de ERC, que deberían ser revisadas posteriormente.

En una segunda fase, se realizó un cruce del listado de los pacientes en tratamientos con fármacos hipolipemiantes, con el listado de pacientes con Episodio de ERC (U99) por parte de la Farmacéutica de Atención Primaria, de esta forma se identificaron los pacientes susceptibles de revisión y ajuste de fármacos, y se elaboró un nuevo listado que se envió a cada facultativo responsable, para valoración individualizada de la necesidad o no de ajuste de medicación.

Posteriormente tras evaluar cada caso, cada facultativo responsable contactó con los pacientes que requerían ajuste de su medicación para actualizar la prescripción.

Una vez terminado, se realizó la evaluación de los datos e intervenciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El listado inicial previo a la intervención constaba de 293 personas con episodio abierto de ERC (U99) definida en OMI en mayo 2019. Al revisar los datos del Filtrado Glomerular extraído de analíticas realizadas a los usuarios del Centro de Salud de Grañén en el año previo (2018), se identificaron a 68 personas con el episodio definido de ERC (U99) que tenían un FG >60 el año previo, y por tanto susceptibles de NO cumplir criterios de ERC en la fase previa a la intervención.

Tras la primera intervención, en noviembre de 2019 se realizó una nueva cuantificación de los episodios de ERC definidos en OMI, encontrándose 11 nuevos casos, y 70 episodios eliminados, con lo que la cifra final de pacientes con episodio de ERC en OMI fue de 234 pacientes. El indicador de nuevos pacientes sobre el total de episodios registrados de ERC en OMI fue de 4.7%, superior al estándar del 3%.

Respecto a la intervención farmacológica, en los 234 pacientes con ERC se identificaron un total de 123 prescripciones de hipolipemiantes que, tras su revisión, dieron lugar a 11 modificaciones (de las 14 teóricamente recomendadas), lo que supone 8.9%, cifra claramente superior al estándar del 5%.

Finalmente la Comparativa de pacientes con episodio de ERC hasta el 2018 y analítica de función renal hasta el año 2018 fue del 76.8% frente al 83.6% de pacientes con episodio de ERC y analítica durante 2019 fue del 83.76%, lo que supone una mejoría en el 9% de analíticas de control realizadas, superior al estándar del 5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención fue eficaz porque produjo una mejora tanto en la identificación de los pacientes con ERC y su correcta clasificación con episodio de ERC en el OMI, su seguimiento clínico así como en la adecuación farmacológica de los fármacos ajustados al filtrado glomerular.

El balance para el equipo ha sido muy positivo ya que permite una mejora en la atención sanitaria a nuestros pacientes al disminuir la morbilidad y posibles complicaciones, gracias a un trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1403

1. TÍTULO

MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1403 ===== ***

Nº de registro: 1403

Título
ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Autores:
QUINTANA VELASCO CARMEN, ARA LAUNA DOMINGO, NOGUES SEN MARIA LOURDES, MENDOZA ESCUER ANA, SOLANES OLIVAN PILAR, ELFAU MAIRAL MARIA, PUY CABRERO ALICIA, MARTINEZ SANCHEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:
? Disminuir la morbilidad asociada al efecto de los efectos adversos de la medicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

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

MÉTODO

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

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

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

Análisis de resultados y lecciones aprendidas.

INDICADORES

• Número de pacientes con nuevo episodio registrado en OMI de IRC (Descriptores: IRC, INSUFICIENCIA RENAL)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1403

1. TÍTULO

MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

CRÓNICA y NEFROPATÍA DIABÉTICA)* / Número total de pacientes con episodio registrado en OMI de IRC en el listado del día 18/05/2019. Estándar>3%.

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

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

Estandar: > 5%

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

DURACIÓN

• Comunicación en reunión del proyecto a todas las médicas y enfermeras del centro de Salud. ABRIL 2019.
• 1ª Fase: Identificar los pacientes con IRC. ABRIL-1º QUINCENA DE MAYO 2019. Cada miembro del proyecto los pacientes del cupo que tiene asignado.

Configurar un listado con la relación de pacientes del CS de Grañén con EPISODIO abierto en OMI de IRC .Posteriormente se cruzará con un listado de datos del FGE obtenido en el laboratorio para todo el año 2018. Los pacientes sin episodio de IRC con un último resultado de FGE en 2018 inferior a 60 se reflejarán aparte para una revisión individualizada y ver si se precisa una nueva determinación para su catalogación como IRC. De igual forma si hay episodios de IRC con filtrados > 60 se revisará su procedencia en activo. Con todo ello se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.15/05/2019.

Esta fase se hará conjuntamente con los integrantes del proyecto de Adecuación farmacológica del tratamiento hipoglucemiante en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

• 2ª Fase. 2ª QUINCENA DE MAYO

• Reunión de los integrantes del proyecto para elaborar un guión de las indicaciones de los FARMACOS HIPOLIPEMIANTES en virtud del grado de IRC.

• Descarga de los fármacos definidos asociados a los pacientes afectados de IRC. Farmacéutica AP
• Distribución por CIAS de las tablas con los pacientes IRC, último dato FGE en 2018 ó 2019, según el caso, y los fármacos hipolipemiantes prescritos.

• Identificación de los paciente susceptibles de una revisión a tenor de las tablas proporcionadas

• 3ª Fase. Junio-Noviembre

• Los pacientes identificados se citarán en Consulta no presencial de medicina para verificar y realizar, si se precisa, el ajuste de medicamentos según los últimos datos de función renal disponibles.

• Se contactará con los pacientes que requieran el ajuste para comunicárselo y se actualizará la prescripción.

• Medición de los indicadores. Diciembre 2019-Enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

RREALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR
TORRERO BESCOS SUSANA
MONTON AGUARON NOELIA
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO 24 ESTUDIOS A PACIENTES DE UNA POBLACION DIANA DE 39 PACIENTES (61.6%).
LAS PERDIDAS EN EL ESTUDIO HAN SIDO: 4 DEFUNCIONES Y 2 PERSONAS QUE HAN CAMBIADO DE DOMICILIO. ADEMÁS 9 PERSONAS HAN SIDO RETIRADAS DEL ESTUDIO POR UN DETERIORO FISICO O COGNITIVO SEVERO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EN EL 87.5% DE LOS PACIENTES, TRAS LA PRUEBA, HAN SEGUIDO CON EL MISMO TRATAMIENTO, AL ESTAR BIEN CONTROLADOS.
EN 12.5% DE LOS PACIENTES EL ESTUDIO HA PERMITIDO DISMINUIR LOS FARMACOS A UTILIZAR.
HASTA EN UN 30% DE LOS CASOS, LO QUE SE HA HECHO ES UN REAJUSTE HORARIO EN LA TOMA DE LOS FÁRMACOS, AL CONSTATAR UN RITMO NO DIPPER.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LOS RESULTADOS NOS TRANQUILIZAN EN GENERAL AL VER QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES ESTÁN BIEN TRATADOS Y CONTROLADAS SUS CIFRAS TENSIONALES, Y QUE SOLO EN ALGUNOS CASOS HAY QUE REAJUSTAR HORARIAMENTE LA TOMA DE LOS FARMACOS.

7. OBSERVACIONES.

AL TRATARSE DE UNA POBLACION DE AVANZADA EDAD, EN SU MAYORIA, LA TOLERANCIA AL DISPOSITIVO HA PROVOCADO ALGUNA QUEJA, PRINCIPALMENTE DE INTERFERENCIA CON EL SUEÑO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/354 ===== ***

Nº de registro: 0354

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Autores:
VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, TORRERO BESCOS SUSANA, MONTON AGUARON NOELIA, DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El problema se detecto en la revisión del programa de HTA
Encontramos un numero elevado de pacientes que precisan 3 o mas farmacos para el control
En la actualidad disponemos de un MAPA en el CS
Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos medicos y de medidad higienico dieteticas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

RREALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

principalmente en pacientes polimedicados

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos comprobar mediante la monitorizacion de la presión arterial durante 24 horas, que el tratamiento sea el adecuado o precise algun modificación tanto de los farmacos como de la hora de las tomas y de otras medidas con el fin de adecuar y mejorar el control del TA

MÉTODO

Realizar un MAPA a toda la población diana

Para la monitorización, la posterior interpretación y registro de los datos, contamos con la colaboración del equipo : Medicina, Enfermería, Admisión, y Atención continuada

INDICADORES

Numero de monitorizaciones relaizadas /población diana

Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados

DURACIÓN

Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo

Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo, en los 3 cupos

Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones

Junio 2017 Finalizacion 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 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 - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

28-4-17 Se han realizado 11 estudios, empezamos mas tarde por problemas con el bluetooth del aparato. Los resultados muestran el buen control de las cifras tensionales en la mayoría de los pacientes, siendo solo necesaria modificar la franja horaria en la toma de los fármacos, por ritmo no dipper en 3 de los pacientes, menos de un 25%, en los 8 restantes no se ha modificado la pauta de tratamiento.

31-8-17 En este cuatrimestre se han realizado 8 estudios, en 6 casos (75%) no se ha modificado el tratamiento, y en los otros dos: en uno de ellos se ha ajustado la toma en franja horaria por ritmo no dipper, y en el otro se han suprimido medicamentos por encontrarse valores muy bajos de TA.

28/12/2017 En este cuatrimestre hemos realizado 5 estudios, en 2 de los casos (40%) se ha tenido que modificar la franja horaria de la toma de los fármacos y en 1 caso (20%) se ha comprobado que la TA estaba mal controlada y se ha cambiado el tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este estudio lo planificamos para llevarlo a cabo durante 2 años, y empezamos tarde por problemas con el manejo del aparato al principio.

La población diana era de 52 personas, pero hemos tenido que descartar a 6 personas, principalmente un deterioro cognitivo severo que dificultaba el desarrollo de la prueba.

De los 24 MAPAS realizados, 17 de ellos demostraban un buen control de la TA en todas las franjas horarias, aunque ha sido una tónica bastante común el observar un ritmo no dipper.

De los 7 MAPAS que denotaban un buen control, en 5 de ellos la solución parecía estar en modificar la hora de la toma de los fármacos antihipertensivos, intentando así lograr un ritmo dipper.

Los otros 2 MAPAS de mal control tensional han sido bien distintos: 1 de ellos demostraba unas cifras tensionales muy bajas, que han permitido retirar alguno de los fármacos.

En el otro caso las cifras tensionales estaban muy mal controladas, optando por cambiar la terapia antihipertensiva.

Pensamos que los resultados obtenidos son muy importantes para controlar a nuestros pacientes hipertensos e intentar así evitar las complicaciones de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los miembros del EAP hemos aprendido mucho del manejo del aparato y de su lectura e interpretación.

Continuaremos durante 2018 con los pacientes que faltan de estudiar.

7. OBSERVACIONES.

5.- SITUACIÓN AL FINAL DEL PROYECTO: RESULTADOS ALCANZADOS
Objetivos esperados

Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos médicos de la HT y de medidas higiénico dietéticas, principalmente en pacientes polimedicados

Valor de Indicadores

24 Monitorizaciones realizadas/ sobre 46 personas de población diana

1. Numero de monitorizaciones realizadas /población diana = % ¿?

7 pacientes mal controlados/ de 24 mapas realizados

2. Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados = % ¿?

5 pacientes se modifica la franja horaria de la toma de antihipertensivos/ 7 pacientes mal controlados

2 pacientes se cambia el tratamiento/ sobre 7 pacientes mal controlados.

3. Numero pacientes con tratamiento modificados / pacientes mal controlados = % ¿?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/354 ===== ***

Nº de registro: 0354

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Autores:
VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, TORRERO BESCOS SUSANA, MONTON AGUARON NOELIA, DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El problema se detecto en la revisión del programa de HTA
Encontramos un numero elevado de pacientes que precisan 3 o mas farmacos para el control
En la actualidad disponemos de un MAPA en el CS
Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos medicos y de medidad higienico dieteticas, principalmente en pacientes polimedicaados

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos comprobar mediante la monitorizacion de la presión arterial durante 24 horas, que el tratamiento sea el adecuado o precise algun modificación tanto de los farmacos como de la hora de las tomas y de otras medidas con el fin de adecuar y mejorar el control del TA

MÉTODO
Realizar un MAPA a toda la población diana
Para la monitorización, la posterior interpretación y registro de los datos, contamos con la colaboración del equipo : Medicina, Enfermería, Admisión, y Atención continuada

INDICADORES
Numero de monitorizaciones relaizadas /población diana
Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados

DURACIÓN
Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo
Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo, en los 3 cupos
Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones
Junio 2017 Finalizacion del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

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 - 2016/1139

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE PILAR ZUBIAURRE BASSAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los talleres han tenido una aceptación excelente por parte de la población adulta y anciana de las localidades de Hecho y Anso. Este se realizó en el CS Hecho y en Anso. La asistencia será voluntaria y se comunicará a través de carteles y ofrecimiento en la consulta, indicando día y hora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los talleres han tenido una aceptación excelente por parte de la población femenina, todas las asistentes fueron mujeres.
ANSO 36 mujeres
HECHO 52 mujeres
Total 88 mujeres de la zona de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido positiva la captación directa en la consulta, dado que los carteles informativos, apenas dieron resultados.
Exposición del tema
Entrega de material impreso
Realización de ejercicios
Puesta en común

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1139 ===== ***

Nº de registro: 1139

Título
TALLER DE ACTIVIDAD COMUNITARIA PARA MOVILIZACION DE COLUMNA CERVICAL Y EXTREMIDADES SUPERIORES

Autores:
ZUBIAURRE BASSAS PILAR, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Socialización población

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado un número elevado de personas que manifiestan molestias articulares y limitación de movilidad de extremidades superiores. Aprovechando esta situación y de cara a la socialización de las personas mayores, se decide organizar un taller de educación grupal para realizar y enseñar ejercicios físicos de columna cervical y cintura escapular.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1139

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

Enseñar ejercicios físicos de columna cervical y extremidades superiores con el fin de aumentar la movilidad articular, disminuir el dolor y potenciar el encuentro entre pacientes aumentando su socialización y calidad de vida

MÉTODO

Se ofrecerá el taller a la población adulta de 70 a 80 años.

Hemos tenido en cuenta que son la edad más frecuentadora y con más incidencias de patología osteoarticular

La asistencia será voluntaria y se comunicara a través de carteles y ofrecimiento en la consulta, indicando día y hora .

Se realizará un encuentro trimestral en los consultorios de Hecho Y Anso, ofreciéndolos a todas las localidades de la zona e salud

Lo dirigirá el personal de enfermería

INDICADORES

Nº pacientes asistentes en Hecho /población de 70-80 años

Nº pacientes asistentes en Anso/población de 70-80 años

DURACIÓN

El 1º taller en el 1º trimestre 2017

El 2º y 3º taller en los trimestres correspondientes

El 4º taller, en el último trimestre del año se finalizará y evaluaremos los resultados

OBSERVACIONES

Estará dirigido a un grupo entre 10-15 personas por taller

En caso de mayor afluencia se repetiría el taller

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO CASADO ORTIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Toma de contacto con los trabajadores de las 2 residencias pasándoles un pequeño cuestionario de 20 preguntas, con respuestas de Verdadero o Falso, que reafirmen lo explicado el año pasado en conceptos básicos de DM II.
2. Continuaremos con un ejercicio práctico, oral, en el que repasaremos los conceptos de: Hipoglucemia, como reconocerla, como iniciar su tratamiento, y cuidado del pie diabetico.
3. Entregaremos material escrito en el que se detallan los signos de alarma del pie diabético y su cuidado necesario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. 16 participantes
2. El porcentaje de respuestas correctas es muy elevado, ronda el 85%, y los errores se han debido especialmente a la redacción, en ocasiones engañosa, de las preguntas.

También hemos insistido, y los conceptos han quedado claros, de las normas de actuación en los casos de hipo e hiperglucemia, que puedan darse en las residencias de ancianos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos con los resultados, en general los conocimientos básicos de la enfermedad están garantizados.
Esperamos que esto redunde en un mejor cuidado del pie diabetico, en particular, y en la disminucion de las complicaciones de esta enfermedad.
Continuidad de la formacion de los trabajadores, con el desarrollo de una reunión anual, dado que pueden cambiar los trabajadores de las mismas, o para reforzar los conocimientos, dejando siempre una puerta abierta y fácil para comentar cualquier duda o problema que se vayan presentando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título
EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Autores:
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL,
ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

PROBLEMA

La Diabetes tipo 2 es una patología que nos encontramos frecuentemente en la población anciana. Nuestro objetivo inmediato es aumentar los conocimientos sobre este tema, de los trabajadores de las residencias de ancianos en Hecho y Anso
Haciendo especial hincapié en la necesidad de una dieta adecuada, higiene meticulosa y cuidados de los pies, así como el manejo de administración de fármacos e insulina

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es aumentar la formación en este campo, de los trabajadores de las residencias e ancianos, para un mejor control higiénico, dietético y farmacológico de los pacientes diabéticos

MÉTODO

Detección de la población diana en los listado de Diabetes de OMI-AP
Actuaciones en forma de taller de formación en las 2 residencias de las localidades de Hecho y Anso

INDICADORES

Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

DURACIÓN

1º taller en Mayo 2017 en Hecho
1º taller en Mayo 2017 en Anso

Evaluación en Junio 2017 en Hecho

Evaluación en junio 2017 en Anso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL GAVIN BLASCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charlas en forma de taller en las dos residencias de ancianos(Anso y Hecho)

Dos en cada residencia en 2016, una en 2017.

Objetivo aumentar la formacionde los cuidadores en el manejo y complicaciones de pacientes con este tipo de patologia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se paso un cuestionario de conocimientos previos al taller y al mes se volvio a pasar . Aumento el numero de respuestas correctas al 85%

Mejoro la respuestade los cuidadores ante situaciones de complicacion de los pacientes .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. 16 participantes

2.El porcentaje de respuestas correctas es muy elevado 85% y los errores,segun ibamos corrigiendo,se debio dar mas a preguntas un poco engañosas.

3.Estamos muy satisfechos de los resultados,en general los conocimientos basicos de los cuidados estan garantizados.

Ha quedado claro normas de actuacion en hiper/hipoglucemia, cuidado de los pies.

Muy buena disposicion de los participantes.

Hemos dejado puerta abierta para comentar dudas o dificultades que se presnten

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Autores:

CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes tipo 2 es una patología que nos encontramos frecuentemente en la población anciana.Nuestro objetivo inmediato es aumentar los conocimientos sobre este tema, de los trabajadores de las residencias de ancianos en Hecho y Anso

Haciendo especial hincapié en la necesidad de una dieta adecuada,higiene meticulosa y cuidados de los pies, asi como el manejo de administración de fármacos e insulina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es aumentar la formación en este campo, de los trabajadores de las residencias e ancianos, para un mejor control higienico, dietético y farmacológico de los pacientes diabeticos

MÉTODO

Detección de la población diana en los listado de Diabetes de OMI-AP
Actuaciones en forma de taller de formación en las 2 residencias de las localidades de Hecho y Anso

INDICADORES

Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

DURACIÓN

1º taller en Mayo 2017 en Hecho

1º taller en Mayo 2017 en Anso

Evaluación en Junio 2017 en Hecho

Evaluación en junio 2017 en Anso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE DANIEL PEREZ DEL CASTILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
CASADO ORTIZ ROSARIO
ZUBIAURRE BASAS PILAR
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 cursos, en las localidades de Hecho y Anso, de 8 horas lectivas, cada uno en dos días de 4 horas. Dichos cursos fueron acreditados por el I. Colegio de Médicos de Huesca.
Se impartieron en la sala multiusos de Anso y en la residencia L, Ausin de Hecho.
Con muñecos y simuladores DESA del Colegio de Médicos de Huesca

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de participantes que tenían previo un curso de DESA y SVB/ nº participantes= 6/20
Puntuación Media previa al test= 13/20
Puntuación Media posterior al test= 17,85 /20
Encuesta de satisfacción; 4,9 sobre 5
Se acreditaron con el certificado correspondiente del I.C.M. de Huesca a los 20 alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estos cursos están avalados por su eficacia para salvar vidas, la dificultad estriba en que poblaciones alejadas de núcleos urbanos tienen muy difícil acceder a estas formaciones, además de la lejanía de recursos de UMES y UVIs móviles. El hacer accesibles estos cursos en el mundo rural, sacándolos de las ciudades es fundamental. Si que el mayor problema es la logística y gestión de material y simuladores del curso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/583 ===== ***

Nº de registro: 0583

Título
CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

Autores:
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO ISABEL, CASADO ORTIZ ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA, ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: personas mayores de 18 años sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad sentida en nuestra población, y recogida en su desarrollo en el Consejo de Salud de Diciembre 2017, de educación sanitaria en el campo de la actuación ante la emergencia vital, que se incrementa al trabajar en una zona geográfica distante de los recursos sanitarios especializados o del hospital.

Consideramos muy pertinente la educación sanitaria en este campo, e incluimos el manejo del DESA, ya que desde los distintos consistorios están considerando la posibilidad de conseguir o comprar estos aparatos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana : toda persona mayor de edad que viva en los municipios pertenecientes al centro de Salud de Hecho. Se crearán grupos de 8-10 personas máximo en cada localidad.

Objetivos generales: Difundir normas básicas para la prevención de la enfermedad coronaria y de la muerte súbita cardíaca. Formación de los posibles "primeros intervinientes" en la cadena de supervivencia, para disminuir la mortalidad y secuelas que ocasionan las paradas cardíacas, impulsando estrategias dirigidas a la desfibrilación temprana.

Objetivos específicos: El curso tiene el objetivo de aportar los conocimientos y destrezas necesarios para poder realizar una primera atención de la parada cardiorrespiratoria, hasta el momento de la llegada de los equipos especializados.

MÉTODO

El curso se compone de una parte no presencial, en la que se dotará al alumno al menos con 15 días de antelación de material escrito referentes al SBV y a la Desfibrilación semiautomática.. Se complementa con una segunda parte presencial, con metodología ampliamente probada por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). La duración de la parte presencial será de 8 horas.

INDICADORES

Indicadores:

- 1)Numero de participantes en el curso que tenían ya un curso oficial de SVB o DESA previos./ Numero de participantes en el curso
- 2) Puntuacion obtenida en el test previo al curso/ Puntuacion obtenida en el test posterior al curso, que nos servirá como cuantificación del objetivo docente alcanzado.
- 3) Realización de una encuesta de satisfaccion, donde podremos igualmente cuantificar la mejora subjetiva detectada por los participantes en el curso.

DURACIÓN

Hemos elaborado un cronograma con el reparto de los tiempos asignados a la formación teórica (160 minutos) y a la formación práctica (300 minutos). Al terminar se realizará una evaluación final de los conocimientos adquiridos mediante un examen multitest de 20 items, cada una de ellos con 5 respuestas posibles, siendo solo una válida. Como instrumento de medida de los conocimientos adquiridos contemplamos la realización de un test previo al curso. Se realizarán en las localidades de Hecho y Ansó, con fechas previstas para los días 21 y 22 de Mayo en el primer grupo en la localidad de Hecho y 24 y 25 de Mayo en Anso. En estos municipios se canaliza a través de los ayuntamientos y responsables sociales la difusión del curso y de las fechas de realización del mismo.

OBSERVACIONES

A las personas seleccionadas, que, cumpliendo los requisitos, asistan al curso se les extenderá el correspondiente Diploma certificado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huesca.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0584

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUBIAURRE BASAS PILAR
CASADO ORTIZ ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
NUESTRA ACTUACION PASA POR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE PARA ARGUMENTAR CONCRETAMENTE LA NECESIDAD O NO DE UN TRATAMIENTO ANALGESICO-AINE DE FORMA CRONICA, O INTENTAR EL CONTROL DE SU SINTOMATOLOGIA CON OTROS FARMACOS MAS ADECUADOS.
IGUALMENTE VALORACION DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO MAS ADECUADO EN CADA PACIENTE.
POBLACION DIANA 18 PERSONAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NUESTRO OBJETIVO ERA LA DISMINUCION EN UN 50% DEL NUMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO, Y HEMOS CONSEGUIDO UNA DISMINUCION DEL 56%.
Y LA PRESERVACION O MEJORA DE LA FUNCION RENAL EN AQUELLOS PACIENTES HIPERTENSOS, QUE POR SUS ALGIAS CRONICAS, PRECISAN TRATAMIENTO ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO. CON EL CONTROL FARMACOLOGICO UN 39% DE LOS PACIENTES HAN MEJORADO SU FGR EN MAS DE UN 10%.
EL NUMERO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SE MANTIENE ESTABLE, SIN CAMBIOS, AL PRINCIPIO Y FINAL DEL ESTUDIO.
EN 3 PACIENTES HEMOS CONSTATADO UNA DISMINUCION DEL FGR ALREDEDOR DEL 10%, PERO SIN PRESENTAR DE MOMENTO, INSUFICIENCIA RENAL.
EN EL 45% RESTANTE LOS VALORES DE FGR SE HAN MANTENIDO EN VALORES NORMALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VEMOS QUE EL CONTROL ADECUADO DE LOS FARMACOS MEJORA SENSIBLEMENTE LA FUNCION RENAL DE NUESTROS PACIENTES.
PROPOSITO: MEJORAR LA EDUCACION SANITARIA DE NUESTRA POBLACION, CON INFORMACION AMPLIA Y PRECISA DE LOS FARMACOS QUE UTILIZAMOS EN SUS TRATAMIENTOS.

7. OBSERVACIONES.
LOS DOS PACIENTES CON I.R.C. AL COMIENZO Y FIN DEL ESTUDIO: EN EL PRIMER CASO PACIENTE DE 91 AÑOS, A LA QUE AUN RETIRANDO EL AINE NO HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR SU I.R.C., SIENDO MODERADA. EN EL SEGUNDO CASO SE TRATA DE UNA MUJER DE 75 AÑOS, CON PLURIPATOLOGIA Y ELEVADO RCV. PRESENTA UNA IRC LEVE, NO HEMOS PODIDO MODIFICAR SUS TRATAMIENTOS, PERO EN CAMBIO HEMOS OBJETIVADO UNA MEJORIA DEL 10% EN SU FGR.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/584 ===== ***

Nº de registro: 0584

Título
ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Autores:
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, CASADO ORTIZ ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HIPERTENSION/ DOLOR CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0584

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

PROBLEMA

Necesidad detectada a través de los indicadores del cuadro de mandos de Farmacia, de una actuación en el denominado "triple whammy" como instrumento de mejora de calidad asistencial en nuestra población.

Hablado con la DAP estimamos oportuno el esfuerzo en la disminución en un 50% de los pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo con IECAs o ARA II, asociados a un AINE, de forma crónica, con el objeto de mejorar su función renal, en los casos de insuficiencia renal ya detectada, o en la preservación de la misma, en los pacientes que no presentan en la actualidad deterioro de la función renal.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana : listado de pacientes detectados en el triple whammy: numero 18.

Objetivo general: Preservación o mejora de la función renal de los pacientes hipertensos que precisan tratamiento analgésico/antiinflamatorio por algias crónicas.

MÉTODO

Nuestra actuación pasa por la comunicación con el paciente para argumentar concretamente la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antiinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos mas adecuados.

Igualmente valoración del tratamiento antihipertensivo mas idóneo para cada paciente.

INDICADORES

Indicadores:

- 1) N° de pacientes en listado triple whammy en el momento del inicio del proyecto de mejora/ N° de pacientes en listado triple whammy al finalizar el año 2018, intentando conseguir una disminución alrededor del 50%.
- 2) N° de pacientes con Insuf. Renal al principio del estudio/N° de pacs. Con insuf. Renal al final del estudio.
- 3) N° de pacs. Con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio

DURACIÓN

Desde el momento en que fuera admitido nuestro proyecto, éste se desarrollaría a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0134

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE NOELIA MONTON AGUARON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA
VAQUEZ ECHEVARRIA ADELA
CHOLIZ MUNIESA SANTIAGO
DIEZ MUÑOZ TANIA
FERRER SANTOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-DISEÑO DE UNA NUEVA HOJA DE REGISTRO DE FIRMAS PARA LA REVISIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS EN FORMATO ELECTRONICO.FORMATO PO-01-18HU8P9HE.REVISION:C,MODIFICANDO LOS APARTADOS A REVISAR DIARIAMENTE.
-DISEÑO DE NUEVOS CHECK -LISTS EN FORMATO PAPEL PARA CADA PARTE DE LA SALA,MALETINES Y CARRO DE PAROS,DISPONIBLES EN LA SALA DE URGENCIAS.
-ESTABLECIMIENTO DE STOCK DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS PARA REPOSICIÓN DE MEDICACIÓN EN CAJETINES.
CADA PERSONA QUE REALIZA ATENCIÓN CONTINUADA EN C.S DE HECHO AL COMENZAR LA GUARDIA REALIZA LA REVISIÓN BAJO LISTADO DIARIA DE LA MISMA,FIRMA LA HOJA DE REGISTRO,SE ENCARGA DE LA REPOSICIÓN DE LO GASTADO Y PRECINTADO DE MALETINES.

-SE HAN SOLICITADO NUEVOS MATERIALES ESPECÍFICOS Y MEDICACIÓN PARA LA SALA DE URGENCIAS RECIBIENDO:MAD NASAL,MASCARILLAS AMBU PEDIATRICAS,PALA DE LARINGO...
-ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN URGENTE A LO LARGO DEL 2019:
-05/19.CASO CLÍNICO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
-06/19TEP.CRISIS ASMÁTICA
-07/19 TCE EN PEDIATRÍA.APLICACIONDEL TRIANGULO DE VALUACION PEDIATRICA
-09/19LISTERIOSIS
11/19 INTOXICACION POR CO
12/19 CRUP.LARINGITIS AGUDA EN PACIENTE PEDIATRICO.

EL EQUIPO SE HA REUNIDO EN CUATRO OCASIONES CON EL FIN DE IR REVISANDO DIFERENTES ASPECTOS DEL PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-NÚMERO DE INCIDENCIAS REGISTRADAS REFERENTES A FALTA DE MATERIAL EN LA SALA,FALTA DE MEDICACIÓN Y MEDICACIONES CADUCADAS EN 2019: 32
-DISMINUCION EN NUMERO DE INCIDENCIAS EN UN 50%, RESPECTO AL AÑO ANTERIOR,COMPARANDO NÚMERO REGISTRADO DE INCIDENCIAS 2018 (61)CON NUMERO DE INCIDENCIAS 2019(32)
- ACCIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN URGENTE DENTRO DE LA FORMACIÓN DE EQUIPO:6 SESIONES EN 2019,CUMPLIENDO EL OBJETIVO MARCADO (2 SESIONES POR SEMESTRE)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CON ESTE PROYECTO HEMOS PRETENDIDO MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S HECHO REALIZANDO REVISIONES MAS EXHAUSTIVAS DE LA SALA DE URGENCIAS DE C.S DE HECHO,DISMINUYENDO LA FALTA DE MATERIAL, DE MEDICACIÓN Y MEDICACIÓN CADUCADA,IMPLICANDO A TODO EL EQUIPO QUE PRESTA SUS SERVICIOS.

SE HA PRETENDIDO AUMENTAR EL NUMERO DE SESIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON LA ATENCION URGENTE CON EL FIN DE MANTENER LOS CONOCIMIENTOS ACTUALIZADOS QUE REDUNDEN EN UNA ATENCIÓN SEGURA AL PACIENTE.

MEDIANTE LA OBSERVACIÓN SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE REVISAR LAS CADUCIDADES DE LA SALA JUNTO CON LA REVISIÓN DE CADUCIDADES DEL ALMACÉN EVITANDO ASÍ LA ENTRADA DE MATERIAL CADUCADO,POR ELLO SE HAN PASADO A REVISAR CONJUNTAMENTE CON LISTADO DE CADUCIDADES DE ALMACÉN.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/134 ===== ***

Nº de registro: 0134

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0134

1. TÍTULO

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

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

Autores:
MONTON AGUARON NOELIA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, DIEZ MUÑOZ MARIEL, DIEZ MUÑOZ TANIA, CHOLIZ MUNIESA SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

DURACIÓN
2018-2019.Revisión anual.

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JULIA MERIZ RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO USED MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reunión de equipo, en Junio 2018, donde se actualizan los criterios de indicación y valoración del MAPA, así como el nº de pacientes que aportará cada profesional.
2.- se han realizado un total de 20 registros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizan un total de 20 MAPAS, de los cuales, 7 son DIPPER, 2 HTA de bata blanca, 7 no DIPPER, 4 DIPPER extremos.
Se demuestra mediante nuestro estudio que existen pocos casos de HTA de bata blanca, y que hay bastantes casos de HTA desconocida, o no confirmada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto pacientes como equipo han participado y colaborado de forma satisfactoria, conclusiones sacadas: Se verifica mediante este proyecto, que en un porcentaje alto, existe una HTA de fondo. En 4 pacientes se diagnostica DIPPER extremo. dados los resultados obtenidos, creemos conveniente continuar realizando este tipo de seguimiento, pero enfocando el estudio a pacientes con sospecha de HTA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/774 ===== ***

Nº de registro: 0774

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Autores:
MERIZ RUBIO JULIA, ADIEGO USED MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.(hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :

- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin tratamiento farmacológico.
- deberán haber estado 3 meses con medidas higienico-dietéticas antes de ser incluidos en el proyecto

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos comprobar si existe inindicación para iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de bata blanca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

MÉTODO

Hacer el MAPA a pacientes diana (que cumplan criterios de inclusión)

INDICADORES

- Número de MAPAS realizados
- número de pacientes positivos captados que han precisado tratamiento farmacológico.

DURACIÓN

- Selección de pacientes que cumplan criterios de inclusión.Se llevará a cabo una reunión de equipo para la planificación (número de pacientes que aporta cada cupo).
- Aviso personalizado a cada paciente

Inicio día 4-6-2018 finalización diciembre 2018 si bien según resultados alcanzados se podría considerar como proyecto de continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JULIA MERIZ RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO USED MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó reunión de equipo la ultima semana de mayo 2019, en la que se ratifican criterios de inclusión y recuerdo a los profesionales de su colaboración en el proyecto, aportando nuevos pacientes que cumplan criterios de inclusión en el proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado este año un total de 28 registros, con el siguiente resultado:

13 DIPPER

4 BATA BLANCA

7 NO DIPPER

4 DIPPER EXTREMOS

Durante el año 2019 hemos realizado un 14% más de registros que el año anterior, y se sigue demostrando que existen pocos casos de hipertensión de BATA BLANCA, que se equiparan numéricamente con los casos detectados como DIPPER EXTREMO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto pacientes como el equipo han participado y colaborado de forma satisfactoria.

Como conclusión podemos decir que se verifica con este proyecto un alto porcentaje de hipertensión no diagnosticada previamente.

Cabe destacar que se han detectado un 21% de casos DIPPER y un 19% NO DIPPER por lo que creemos se debe seguir manteniendo el seguimiento haciendo hincapié en pacientes con sospecha de HTA.

7. OBSERVACIONES.

Queremos dejar constancia que hemos tenido estropeado el aparato de medición durante casi tres meses, y aunque hemos aumentado el número de registros, nos hubiera gustado haberlo aumentado más.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/774 ===== ***

Nº de registro: 0774

Título

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Autores:

MERIZ RUBIO JULIA, ADIEGO USED MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.(hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :

- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

tratamiento farmacológico.

- deberán haber estado 3 meses con medidas higienico-dietéticas antes de ser incluidos en el proyecto

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos comprobar si existe inindicación para iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de bata blanca.

MÉTODO

Hacer el MAPA a pacientes diana (que cumplan criterios de inclusión)

INDICADORES

- Número de MAPAS realizados

- número de pacientes positivos captados que han precisado tratamiento farmacológico.

DURACIÓN

-Selección de pacientes que cumplan criterios de inclusión.Se llevará a cabo una reunión de equipo para la planificación (número de pacientes que aporta cada cupo).

-Aviso personalizado a cada paciente

Inicio día 4-6-2018 finalización diciembre 2018 si bien según resultados alcanzados se podría considerar como proyecto de continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIANO LABARTA PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BALLARIN ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
sesion clinica con tema de EPOC el 12-3-2018, que incluia
-nuevo espirometro, manejo
-volcado datos a H^aclinica de OMI
-revisiones clinicas GESEPOC y Golg 2017
-taller de espirometria
Mayo 2018 se acuerda proyecto de mejora cel CS deteccion precoz de EPOC
-partiendo de prevlencia de OPEC en OMI 1,1%
-partiendo de fumadores de 40 a 80 años con espirometria hecha :9,8%
Incidencia :cambio de ordenadores en consultas en agosto 2018. No compatible con espirometro nuevo. comunicada
incidencia, no resuelta octubre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revision octubre 2018 objetivos alcanzados
-Prevalencia de EPOC 1,18%(objetivo anual era 2%)
-Fumadores de 40 a 80 años conespirometria hecha es 11% (objetivo anual era 13 %)
Comunicado en sesion clinica acada miembro del equipo, con gran disparidad entre cupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
promover la aplicacion uniforme en todos los cupos el programa de EPOC

7. OBSERVACIONES.
Incidencia si resolver, no posible volcado de datos del espirometro al fichero de calidad, desde implantacion de ordenadores nuevos,par control en cada consulta. comunicados a informaticos CAU y proveedor del espirometro, refieren incompatibilidad programas informaticos entre ambos...
- previsto nuevo taller de espirometria y revision de programa de EPOC y proyecto de mejroa de forma anual.
Mariano Labarta- Isabel Garcia
7-2-2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1001 ===== ***

Nº de registro: 1001

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Autores:
LABARTA PASCUAL MARIANO, GARCIA BALLARIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace 5 años, se hace una revisión anual del programa de EPOC, a fecha de Mayo 2018 tenemos incluidos 60 pacientes, lo que supone una prevalencia del 1,1 %. (prevalencia teórica 9%).
teniendo incluidos emn el programa del tabaco a 536 pacs. lo que supone un 9,8%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

la detección precoz se realizará a la población que comprenda el ratio de edad entre 40-80 años. Partiendo en la actualidad con 406 de los 3.499 usuarios de este rango de edad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnostico precoz de EPOC, y de este modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa a los fumadores en ese rango de edad.
de manera secundaria se espera aumentar la tasa de detención del tabaquismo en nuestra población.

MÉTODO

- sesión formativa anual sobre el Programa de atención al EPOC, que incluye actualización de guías .
- taller de espirometría (agendas, material horarios..)
- realización de espirometrias por ENF
- Búsqueda activa de tabaquismo en toda consulta a demanda por parte de medicina y enfermería.

INDICADORES

Semestralmente se calculará la prevalencia de pacientes incluidos en el programa de EPÔC y tabaquismo. Partiendo del 1,1%, esperamos aumentar por lo menos a un 2 % en EPOC.
Partiendo de 9,8 %, esperamos aumentar al menos a 13%, en tabaquismo

DURACIÓN

Primero, se realizará en el plazo de un mes el cálculo de fumadores entre 40 y 80 años con espirometría incluida en OMI.

Segundo, semestralmente se calculará las prevalencias de EPOC y Tabaquismo alcanzadas.

Tercero, revisión global anual del programa de EPOC.(Mayo 2019), en la que se realizará una sesión en el centro por parte del coordinador del proyecto, para exponer los resultados y proponer medidas oportunas para alcanzar los objetivos.

OBSERVACIONES

Dada la dificultad de accesibilidad y dispersión de la población, sería conveniente disponer un vitalograph (detección FEV1 / FEV6) por parte del personal de enfermería y medicina.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE MARIANO LABARTA PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas

-4 sesiones en este años en julio 2019 y 18 25 y 26 febrero 2020

-Listado pacientes incluidos en programas de OMI EPOC y TABACO

-Revision en fumadores de 40 a 80 años si tenian espirometia registrada.

-Sesion clinica repaso proyecto de mejora

-Análisis de datos de cobertura alcanzada en poblacion total y en poblacion de 40 a 80 años en programas de EPOC y TABACO.

-Cobertura alcanzada en espiroemtrias en fumadores de 40 a 80 años.

-Sesion practica de manejo de OMI inclusion y seguimiento den dichos programas.

-Estrategia de prescripcion medicacion financiada valeniclina y bupropion desde enero 2020.

-Taller de espirometria practica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Objetivos propuestos para 2020 EPOC de 40 a 80 años de 2 % y TABACO 13 %.

-Objetivos alcanzados febrero 2020

-TABACO DE 40 A 80 AÑOS . Incluidos 476 pacientes es decir 14 % ALCANZADO

-EPOC DE 40 A 80 AÑOS. Incluidos 63 pacietnes es decir 1,8%NO ALCANZADO

-Se han registrado 167 espirometrias en pacientes fumadores de 40 a 80 años, lo que supone el 27 % .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Objetivos para año 2021.

-Aumentar cobertura en TABACO en poblacion de 40 a 80 años al 16%

-Alcanzar cobertura en EPOC en poblacion de 40 a 80 años de 2 %

· actividades a realizar seguir con revision anual de l programa con mismas actividades

Estos son los objetivos planteados para el próximo año, dado que todavía hay margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1001 ===== ***

Nº de registro: 1001

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Autores:
LABARTA PASCUAL MARIANO, GARCIA BALLARIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace 5 años, se hace una revisión anual del programa de EPOC, a fecha de Mayo 2018 tenemos incluidos 60 pacientes, lo que supone una prevalencia del 1,1 %. (prevalencia teórica 9%).
teniendo incluidos emn el programa del tabaco a 536 pacs. lo que supone un 9,8%.
la detección precoz se realizará a la población que comprenda el ratio de edad entre 40-80 años.Partiendo en la actualidad con 406 de los 3.499 usuarios de este rango de edad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnostico precoz de EPOC, y de este modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa a los fumadores en ese rango de edad.
de manera secundaria se espera aumentar la tasa de detención del tabaquismo en nuestra población.

MÉTODO

- sesión formativa anual sobre el Programa de atención al EPOC, que incluye actualización de guías .
- taller de espirometría (agendas, material horarios..)
- realización de espirometrias por ENF
- Búsqueda activa de tabaquismo en toda consulta a demanda por parte de medicina y enfermería.

INDICADORES

Semestralmente se calculará la prevalencia de pacientes incluidos en el programa de EPÔC y tabaquismo.
Partiendo del 1,1%, esperamos aumentar por lo menos a un 2 % en EPOC.
Partiendo de 9,8 %, esperamos aumentar al menos a 13%, en tabaquismo

DURACIÓN

Primero,se realizará en el plazo de un mes el cálculo de fumadores entre 40 y 80 años con espirometría incluida en OMI.
Segundo, semestralmente se calculará las prevalencias de EPOC y Tabaquismo alcanzadas.
Tercero, revisión global anual del programa de EPOC.(Mayo 2019), en la que se realizará una sesión en el centro por parte del cordinador del proyecto, para exponer los resultados y proponer medidas oportunas para alcanzar los objetivos.

OBSERVACIONES

Dada la dificultad de accesibilidad y dispersión de la población, sería conveniente disponer un vitalograph (detección FEV1 / FEV6) por parte del personal de enfermería y medicina.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1153

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE PALOMA DELGADO BAVAI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASO GOTA PILAR
BLANCO GIMENO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el centro se convino realizar 1 charla trimestral, con repetición de la misma en 2 ocasiones para poder abarcar mayor número de alumnos. Tras ponernos de acuerdo con el centro educativo se han realizado 2 charlas en Mayo y noviembre sobre el tema elegido previamente en el centro escolar, en este caso las ETS y Métodos anticonceptivos, las charlas fueron llevadas a cabo por la Dra Julia Meriz Rubio y la matrona del centro Verónica Blanco Gimeno. Se pasaron cuestionarios, algunas de las preguntas abiertas y otros tipo test a los alumnos, antes y después para poder cotejar el grado de conocimiento y de aprendizaje. Posteriormente los resultados se han ido comentando en varias sesiones en el centro .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras analizar los cuestionarios de ambas charlas, se objetiva una mejora en la puntuación de aproximadamente un 16%. La puntuación inicial obtenida, previa a las charlas era de media 6'8 sobre 12 puntos, lo que refleja la situación de desconocimiento generalizado en este área, mejorando tras las charlas hasta cerca de un 9'9 sobre 12. Llama la atención que el primer grupo estaba formado exclusivamente por varones y su nota media fue inferior (6'8) al de la segunda charla que era un grupo mixto con predominio femenino (7'5), sobre todo en lo relativo a las preguntas sobre anticoncepción.

Considero importante destacar que el contenido de las preguntas era muy básico adaptado a adolescentes de unos 15-16 años y sin embargo el grado de desconocimiento en temas básicos y fundamentales era muy alto, donde se mezclaban conceptos erróneos, falsos mitos... esto nos tiene que llevar a reflexionar que por mucho acceso a la información vía internet, ... no debemos dar ningún conocimiento por asumido por básico que nos resulte y hacer hincapié en cada consulta en cuestiones básicas de prevención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el equipo consideramos que la implicación de los alumnos es fundamental para afianzar conocimientos por eso, aunque en esta ocasión se han realizado charlas con posterior turno de preguntas por parte de los alumnos, y a pesar de los buenos resultados y la satisfacción por parte de alumnos y profesores, estamos buscando metodología que favorezca la implicación del alumno haciendo actividades más participativas por parte del mismo de modo que su implicación sea mayor, por ejemplo en los temas de nutrición realizar sus propias dietas o valorar otras dietas que se expongan en pequeños grupos de trabajo.

Desde el centro y según lo que se acordó damos por finalizadas las sesiones referentes a ETS y métodos anticonceptivos y nos plantean que la próxima temática esté vinculada con la Nutrición, nuevamente realizaremos al menos 2 sesiones en los próximos trimestres. Creemos que la realización de test antes y después es una buena forma de valorar la adquisición de conocimientos pero estamos estudiando la forma de hacerles participar más activamente en el tema.

7. OBSERVACIONES.

El grado de satisfacción de este proyecto tanto por parte del centro educativo, como por la nuestra es muy elevado. El proyecto es sostenible, viable, integra a todos los componentes del equipo, y sobre todo hay un flujo de información bidireccional, del que nos beneficiamos todos, no se trata de impartir una clase magistral sobre un tema sino que somos los propios profesionales los que podemos mejorar nuestra práctica diaria al tener conocimiento directo y real de mitos, teorías que existen en la población.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1153 ===== ***

Nº de registro: 1153

Título
PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Autores:
DELGADO BAVAI PALOMA, ASO GOTA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1153

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevencion de patologia más frecuente en la poblacion diana adolescente
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA DEL PILAR MINGUEZ SORIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDEA DORADO CARMEN
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
IZUEL PEREZ LOURDES
LOPEZ CORTES VIRGINIA
PUENTE GALAN MARIA RAFAELA
SANCHEZ SANZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. El 22.09.16 se realizó la sesión clínica en la que se comunicó al EAP del CS de Jaca el proyecto de Plan de Mejora de Calidad para el consultorio de CANFRANC -ESTACIÓN
2. Se realizaron varios carteles que se colgaron en la sala de espera del consultorio indicando:
La necesidad de citarse antes de acudir a la consulta y la obligatoriedad de acudir al Centro de Salud de Jaca para darse de alta como desplazado en aquellos en cuya tarjeta sanitaria no conste el médico de Canfranc
3. Se han entregado tarjetas informativas con los teléfonos de Cita Previa, Consultorio Médico y Servicio de Urgencias de atención continuada, indicando los horarios de consulta, habiéndose repartido en el Centro de Salud, en el consultorio médico de Canfranc, en la farmacia del pueblo, en el Ayuntamiento y en la oficina de Turismo de Canfranc.
4. Se realizaron adhesivos para colocarlos en el dorso de las tarjetas de los pacientes en los que su tarjeta no contiene la información sobre el teléfono de cita previa
5. Se realizó una campaña de concienciación por parte de los profesionales del consultorio para que los pacientes conozcan la importancia de la cita previa, informando así mismo al Ayuntamiento, Oficina de Turismo y oficina de farmacia de Canfranc, para que recalquen a los usuarios que soliciten asistencia médica, la importancia de la cita previa.
6. Además, desde la Dirección de AP, se gestionó la inclusión en la parte de atrás de las nuevas tarjetas sanitarias de los pacientes de Canfranc y en la documentación de paciente desplazado, del número de teléfono de la cita previa del CS de Jaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores previos a las acciones realizadas revelaron que más del 39% de los pacientes que acudían a la consulta a demanda, no solicitaban cita previa.
Un año después de la aplicación de estas medidas el porcentaje es del 35%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todavía no es valorable la estadística por haber aplicado estas medidas paulatinamente a lo largo de todo un año. En principio no ha sido una mejora espectacular, pero el hecho de haber mejorado ya nos da fuerza para seguir intentando mejorar este aspecto de la consulta.
Las costumbres en los pueblos pequeños son difíciles de cambiar pero sobre todo es importante saber que ¡el cambio es posible!

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto de mejora fue valorado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca en Julio de 2017 con la asesoría de la Directora de Enfermería y la Directora de Personal Administrativo y de gestión de Tarjeta Sanitaria, cambiándole el título a:
MEJORA EN LA ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

También se cambiaron algunas acciones a desarrollar, eliminando las correspondientes a la gestión por parte de la DAP de la documentación de la parte de atrás de la tarjeta sanitaria, por no pertenecer a las competencias del EAP.

Todas estas variaciones se trasladaron en Julio de 2017 a la Entidad de Gestión de Proyectos aunque finalmente dichos cambios no han sido publicados de nuevo en la página de proyectos aceptados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/390 ===== ***

Nº de registro: 0390

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

Autores:

MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ CORTES VIRGINIA, ALDEA DORADO CARMEN, SANCHEZ SANZ JESUS, PUENTE GALAN MARIA RAFAELA, IZUEL PEREZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

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: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La idea de que podemos mejorar la gestión de las consultas debe ser una constante. Una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente 2 herramientas fundamentales: Los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo). Las agendas deben ajustarse a la realidad de cada ámbito y no al deseado. La cita previa no sirve para disminuir la demanda, sino para ordenarla, siendo una herramienta imprescindible para el correcto desarrollo de una consulta de atención primaria.

En el consultorio de Canfranc-Estación, los pacientes acuden en un alto porcentaje sin citar.

Realizando un estudio estadístico de los pacientes que acudieron a dicho consultorio desde Noviembre de 2015 a Agosto de 2016 se observa que el 36,26% de los que acuden en situación de demanda a la consulta de medicina y mayor porcentaje en la consulta de enfermería (excluyendo consultas domiciliarias, urgencias, consultas programadas y administrativas) acuden sin pedir cita.

Consultando con los usuarios no citados refieren que las causas son:

1. En la parte de atrás de la tarjeta de los pacientes pertenecientes al cupo de Canfranc - Estación, no está registrado ningún número de teléfono de cita previa, tan solo consta el del consultorio
2. No están acostumbrados y no conciben la importancia de la cita previa
3. Gran afluencia de pacientes desplazados (trabajadores eventuales durante unos meses en periodos estacionales) y turistas que pasan algunos días en la zona, desconocedores del sistema.
4. Dichos desplazados no saben el teléfono para citarse entre otras causas por:
 - En su hoja de desplazado no consta el teléfono para citas, sino sólo el del consultorio
 - Muchos de ellos no tienen tarjeta de desplazado y consultan en la página web de la Estación de Canfranc donde solo consta el número del consultorio.
 - Otros telefonan bien al número de teléfono de cita previa del CS de Jaca pero, al estar con frecuencia la línea ocupada, son respondidos por un contestador automático que les remite al número de la web SALUD INFORMA -CITA PREVIA: 902 555321 que no admite a ningún paciente que no pertenezca a esta zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Una correcta organización de la consulta con adecuada gestión de la demanda y del tiempo, en la que lo habitual sea acudir con cita previa.

MÉTODO

- 1) Cambiar la información de los números de teléfono que constan en la parte de atrás de la tarjeta sanitaria incluyendo el de la cita previa del Centro de Salud de Jaca y los de urgencias: El del consultorio y el del centro de salud de Jaca.
- 2) Cambiar también la información de los números de teléfono en la hoja que se entrega a los pacientes desplazados
- 3) Incluir dichos números de teléfono en unas tarjetas informativas, en la que también se indicarán los horarios de consulta y que se dejarán en la oficina de Turismo de Canfranc.
- 4) Colocar en la página web de Canfranc información al respecto
- 5) Cambiar el contestador del centro donde indica que pueden llamar al teléfono de Salud-Informa y especificar "excepto desplazados".

INDICADORES

Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de una nueva estadística después de haber realizado todas las acciones antes mencionadas.

DURACIÓN

El 22.09.16 Reunión del EAP para diseño y realización del proyecto de mejora.
En Septiembre de 2017 valoración de resultados y cierre del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

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 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 - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ISABEL PALACIN ALASTUEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESTAUN BUETAS EVA MARIA
GALINDO RUBIO CARLOS
GIMENO ARNAL AMALIA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
LOPEZ FERNANDEZ AMPARO
MINGUEZ SORIO MARIA PILAR
PEREZ VELASCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.Charla inicial (Junio 17) proponiendo y explicando el desarrollo de un proyecto de mejora que consiste en un protocolo para el control del carro de paradas y del maletín de urgencias, que se inicia en el CS de Jaca, dirigida a todo el personal del centro de Salud
2. Diseño de los listados (Julio-Agosto 17) con la descripción cuantitativa y cualitativa de los fármacos y el material a incluir en dicho Carro de Paradas y en el Maletín de Urgencias.
- 3.Desarrollo de un protocolo de revisiones de caducidades y existencias de dichos fármacos por parte del personal (Septiembre 17):
 - a) Listados de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos del Servicio Aragonés de Salud.
 - b) Mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten. Esta actividad como mínimo debe comprender:
 - ?-Comprobar el stock mínimo de productos sanitarios acordado en el EAP localizados en el carro de paradas y maletín de urgencias.
 - ?-Se comprobarán periódicamente las caducidades de las medicaciones y del material sanitario. Existe un registro de caducidades que se gestiona por parte de los responsables de enfermería.
 - ?-La revisión habitual del carro de paradas y maletín de urgencias que resulte sin hallazgos conllevará la consignación y firma en el registro correspondiente.
 - ?-Siempre que se detecte alguna irregularidad o situación susceptible de mejora se cumplimentará en el registro de incidencias. Esto incluye fundamentalmente la ausencia o la caducidad de un medicamento o un producto sanitario descubierta en el momento de una atención sanitaria.
- 4.Se ha realizado una Sesión Clínica exponiendo al personal del CS el protocolo concreto y las actividades a realizar (Octubre 17).
- 5.Se ha realizado el control y registro de las actividades protocolizadas, así como de las incidencias durante las mismas quedando pendiente la estadística del proceso por ser todavía corto el periodo de tiempo a evaluar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el C.S de Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

- I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
- II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
- III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque redactar y desarrollar el protocolo ha llevado mucho esfuerzo de consenso de los distintos profesionales así como revisiones bibliográficas y reuniones de trabajo en equipo, ahora todo el personal del centro se siente orgulloso de este protocolo, teniendo siempre a disposición del Centro de Salud, un maletín de urgencias revisado y un carro con su contenido preparado para cualquier urgencia vital, siendo hasta ahora mínimas las incidencias. De momento queda pendiente la estadística con los indicadores por llevarse a cabo desde hace poco tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1326 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Nº de registro: 1326

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Autores:
PALACIN ALASTUEY ISABEL, MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, ESTAUN BUETAS EVA MARIA, GALINDO RUBIO CARLOS, GIMENO ARNAL AMALIA, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ FERNANDEZ AMPARO, PEREZ VELASCO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y RIESGO VITAL
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El carro de paradas y el maletín de urgencia constituyen un punto crítico en la atención continuada y de urgencia, por lo que su adecuada dotación y mantenimiento son puntos clave para garantizar la atención y la seguridad del paciente.

El carro de paradas debe permitir a los miembros del EAP una actuación adecuada al disponer de un rápido acceso al material, equipos y fármacos que sean necesarios para la atención inicial de situaciones que requieran un soporte vital.

Aunque en nuestro Centro de Salud ya se realiza su mantenimiento y gestión, no disponemos de un protocolo que garantice una seguridad total en la reposición de los materiales y fármacos, con el consiguiente riesgo que ello conlleva.

Por ello hemos pensado hacer un plan de mejora diseñando un protocolo que nos permita mayor seguridad en la reposición y organización de estos materiales y de los fármacos utilizados o caducados para evitar riesgos predecibles.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el Centro De Salud De Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

- I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
- II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
- III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

MÉTODO

I. En primer lugar se dispondrá de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos ya aplicados en otros centros del Servicio Aragonés de Salud.

II Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

III. Crear un registro de las actividades protocolizadas y otro registro de las incidencias

IV. Realizar una sesión clínica de equipo para transmitir esta actividad a todos los profesionales del centro, consensuar el protocolo y determinar las tareas y personal que deberá responsabilizarse de las mismas.

INDICADORES

Una vez hecho el protocolo. Se evaluará la aplicación del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Indicadores por separado para Carro de Paradas y para Maletín de Urgencias:

I. N° de revisiones del carro de parada/ del maletín de urgencias realizadas en 6 meses / N° de revisiones completas del carro de parada previstas en el protocolo durante un 6 meses.

II. N° de incidencias del carro de parada/ maletín de urgencia (fármacos caducados, fármacos ausentes no repuestos tras la utilización del mismo, material no repuesto o caducado) en 6 meses x 100 / N° de revisiones del carro de parada/ maletín de urgencia previstas en el protocolo durante 6 meses

DURACIÓN

Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017

Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017

Fecha de Duración prevista hasta la 1ª evaluación: 6 meses tras inicio del protocolo.

Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras

Responsables de la implantación. EAP del C.S. Jaca

Plan de comunicación del protocolo al EAP en sesión clínica: 15 de Junio

OBSERVACIONES

Se trata de la puesta en marcha de un protocolo del carro de paradas y del maletín de urgencias en el CS de Jaca basándonos en la evidencia científica, ayudados de las guías, protocolos, vía clínica o procedimientos basados en la evidencia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PALACIN ALASTUEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MINGUEZ SORIO MARIA PILAR
ESTAUN BUETAS EVA MARIA
GALINDO RUBIO CARLOS
GIMENO ARNAL AMALIA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
LOPEZ FERNANDEZ AMPARO
PEREZ VELASCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.Charla inicial (Junio 17) proponiendo y explicando el desarrollo de un proyecto de mejora que consiste en un protocolo para el control del carro de paradas y del maletín de urgencias, que se inicia en el CS de Jaca, dirigida a todo el personal del centro de Salud
2. Diseño de los listados (Julio-Agosto 17) con la descripción cuantitativa y cualitativa de los fármacos y el material a incluir en dicho Carro de Paradas y en el Maletín de Urgencias.
- 3.Desarrollo de un protocolo de revisiones de caducidades y existencias de dichos fármacos por parte del personal (Septiembre 17):
 - a) Listados de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos del Servicio Aragonés de Salud.
 - b) Mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesitan. Esta actividad como mínimo debe comprender:
 - Comprobar el stock mínimo de productos sanitarios acordado en el EAP localizados en el carro de paradas y maletín de urgencias.
 - Se comprobarán periódicamente las caducidades de las medicaciones y del material sanitario. Existe un registro de caducidades que se gestiona por parte de los responsables de enfermería.
 - La revisión habitual del carro de paradas y maletín de urgencias que resulte sin hallazgos conllevará la consignación y firma en el registro correspondiente.
 - Siempre que se detecte alguna irregularidad o situación susceptible de mejora se cumplimentará en el registro de incidencias. Esto incluye fundamentalmente la ausencia o la caducidad de un medicamento o un producto sanitario descubierta en el momento de una atención sanitaria.
- 4.Se ha realizado una Sesión Clínica exponiendo al personal del CS el protocolo concreto y las actividades a realizar (Octubre 17).
- 5.Se ha realizado el control y registro de las actividades protocolizadas, así como de las incidencias durante las mismas quedando pendiente la estadística del proceso por ser todavía corto el periodo de tiempo a evaluar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el C.S de Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

- I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
- II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
- III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque redactar y desarrollar el protocolo ha llevado mucho esfuerzo de consenso de los distintos profesionales así como revisiones bibliográficas y reuniones de trabajo en equipo, ahora todo el personal del centro se siente orgulloso de este protocolo, teniendo siempre a disposición del Centro de Salud, un maletín de urgencias revisado y un carro con su contenido preparado para cualquier urgencia vital, siendo hasta ahora mínimas las incidencias.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1326 ===== ***

Nº de registro: 1326

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Autores:
PALACIN ALASTUEY ISABEL, MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, ESTAUN BUETAS EVA MARIA, GALINDO RUBIO CARLOS, GIMENO ARNAL AMALIA, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ FERNANDEZ AMPARO, PEREZ VELASCO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y RIESGO VITAL
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El carro de paradas y el maletín de urgencia constituyen un punto crítico en la atención continuada y de urgencia, por lo que su adecuada dotación y mantenimiento son puntos clave para garantizar la atención y la seguridad del paciente.

El carro de paradas debe permitir a los miembros del EAP una actuación adecuada al disponer de un rápido acceso al material, equipos y fármacos que sean necesarios para la atención inicial de situaciones que requieran un soporte vital.

Aunque en nuestro Centro de Salud ya se realiza su mantenimiento y gestión, no disponemos de un protocolo que garantice una seguridad total en la reposición de los materiales y fármacos, con el consiguiente riesgo que ello conlleva.

Por ello hemos pensado hacer un plan de mejora diseñando un protocolo que nos permita mayor seguridad en la reposición y organización de estos materiales y de los fármacos utilizados o caducados para evitar riesgos predecibles.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el Centro De Salud De Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

- I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
- II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
- III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

MÉTODO

I. En primer lugar se dispondrá de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos ya aplicados en otros centros del Servicio Aragonés de Salud.

II Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentren en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

III. Crear un registro de las actividades protocolizadas y otro registro de las incidencias

IV. Realizar una sesión clínica de equipo para transmitir esta actividad a todos los profesionales del centro, consensuar el protocolo y determinar las tareas y personal que deberá responsabilizarse de las mismas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

INDICADORES

Una vez hecho el protocolo. Se evaluará la aplicación del mismo.

Indicadores por separado para Carro de Paradas y para Maletín de Urgencias:

I. N° de revisiones del carro de parada/ del maletín de urgencias realizadas en 6 meses / N° de revisiones completas del carro de parada previstas en el protocolo durante un 6 meses.

II. N° de incidencias del carro de parada/ maletín de urgencia (fármacos caducados, fármacos ausentes no repuestos tras la utilización del mismo, material no repuesto o caducado) en 6 meses x 100 / N° de revisiones del carro de parada/ maletín de urgencia previstas en el protocolo durante 6 meses

DURACIÓN

Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017

Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017

Fecha de Duración prevista hasta la 1ª evaluación: 6 meses tras inicio del protocolo.

Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras

Responsables de la implantación. EAP del C.S. Jaca

Plan de comunicación del protocolo al EAP en sesión clínica: 15 de Junio

OBSERVACIONES

Se trata de la puesta en marcha de un protocolo del carro de paradas y del maletín de urgencias en el CS de Jaca basándonos en la evidencia científica, ayudados de las guías, protocolos, vía clínica o procedimientos basados en la evidencia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

1. TÍTULO

"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE VIRGINIA LOPEZ CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron varias reuniones organizativas con los miembros del equipo, viendo dificultad en la participación por falta de tiempo e interés .

Al final, se ha decidido unirnos a otro activo de la comunidad, la asociación ASAPME en Jaca que ellos ya habian implantado con sus usuarios unos paseos saludables 1 vez a la semana para lo que realizamos unos carteles informativos y unas hojas de registro de participacion semanal que se inscriben en el servicio de admisión .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

los resultados son satisfactorios con los planteados inicialmente, al unirnos con otro activo de la comunidad según consta en las hojas de registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realmente al unirnos a ASAPME creemos que realmente se hace medicina comunitaria en vez de crear un proyecto aislado desde el Centro de Salud se facilita la sostenibilidad y la posibilidad de que exista continuidad .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/612 ===== ***

Nº de registro: 0612

Título
"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Autores:
MORENO NARES PURIFICACION, LOPEZ CORTES VIRGINIA, LUZ MARTINEZ MARIA LUISA, MAÑE GODE MARTA, LALAGUNA PUERTOLAS MARIA, PALACIO BUEN PILAR, GUILLEN ANTON VICTORIA, JIMENEZ LORES ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL EJERCICIO FISICO ES UN HÁBITO DE VIDA SALUDABLE IMPRESCINDIBLE PARA LA PREVENCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, EL CUAL SE INCREMENTA DE FORMA EXPONENCIAL CUANDO ASOCIAMOS VARIOS FACTORES COMO PUEDE SER LA OBESIDAD .EN ESTOS PACIENTES QUE ADEMAS SUELEN ASOCIAR MULTIMORBILIDAD PUEDEN BENEFICIARSE DE ESTA HÁBITO YA QUE LA MAYORIA SUELEN SER SEDENTARIOS.

RESULTADOS ESPERADOS

FOMENTAR LA PRACTICA DE EJERCICIO FISICO EN PACEITNE OBESO SEDENTARIO. EL GRUPO ESTARA FORMADO POR PACIENTES CON CAPACIDAD FISICA QUE PERMITA CAMINAR AL MENOS 30 MINUTOS A RITMO LIGERO.

MÉTODO

SE OFERTARÁ ACTIVIDAD AL GRUPO 1 O 2 DIAS POR SEMANA, SEGÚN RECURSOS. LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

1. TÍTULO

"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

INDICADORES

INDICADOR Nº 1-- Nº DE PACIENTES QUE REALIZAN LA 1º MARCHA. VALOR MÍNIMO 4 VALOR MÁXIMO 10

INDICADOR Nº 2 --MEDIDO AL AÑO DE INICIO DEL PROYECTO

Nº DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO MÁS DE 8 MARCHAS/ POR EL Nº DE PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO : VALOR MINIMO 40% DE LOS PACIENTES AL INICIO

DURACIÓN

INICIO EN OCTUBRE 2018

RESPONSABLES LOS INDICADOS PREVIAMENTE

SIN FECHA FIN PROGRAMA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE VIRGINIA LOPEZ CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

realizamos varias reuniones de equipo médico para explicar a qué llamamos pacientes Triple Whammy, como utilizar la información del cuadro de mandos de farmacia, facilitar el listado de los pacientes ... a lo largo del año se han realizado recordatorios vía reuniones o a través del correo OMI .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

resultados más que satisfactorios muy por debajo de lo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha llamado la atención el desconocimiento existente y el poco uso que se hace del cuadro de mandos de farmacia .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/620 ===== ***

Nº de registro: 0620

Título
TRIPLE WHAMMY: PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL

Autores:
MINGUEZ SORIO PILAR, PALACIO BUEN PILAR, FANLO ABELLA SARA, JIMENEZ LORES ANTONIO, GUILLEN ANTON VICTORIA, CLAVERA TEJERO JOSE MARIA, ALDEA DORADO CARMEN, FANLO PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A TRAVÉS DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, EN EL INSTRUMENTO TRIPLE WHAMMY SE OBSERVÓ LA ALTA PREVALENCIA DE PACIENTES CON RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL O YA ESTABLECIDA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD. SE DECIDE DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO POR LA TOMA DE IECAS, ARAII ASOCIADOS A AINES DE FORMA CRÓNICA .

RESULTADOS ESPERADOS
DETECTADOS 139 PACIENTES TRIPLE WHAMMY POR EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA EN ABRIL 2018

OBJETIVOS
1.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY AL 50% COMO MÍNIMO.
2.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL 25% COMO MÍNIMO.

MÉTODO
1. SESIÓN DE FORMACION PARA TODOS LOS COMPAÑEROS MÉDICOS SOBRE INSUFICIENCIA RENAL MÁS HTA Y AMPLIAR CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA-- FACILITAR EL LISTADO DE LOS PACIENTES TRIPLE WHAMMY DE CADA CUPO PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO.
2. VALORACIONES PERIÓDICAS DE LOS LISTADOS DE LOS CUPOS
3. SESIÓN DE EVALUACIÓN FINAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

INDICADORES

1.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY AL FINALIZAR EL AÑO 2018

2.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF. RENAL EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL FINALIZAR EL AÑO 2018

DURACIÓN

SE DESARROLLA A LO LARGO 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 - 2019/0130

1. TÍTULO

TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ESCANILLA SAMPER
· Profesión MATRONA
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTON AGUARON NOELIA
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-REALIZACIÓN DE 4 SESIONES DE UNA HORA DE RECONOCIMIENTO DE SUELO PÉLVICO, EJERCICIOS PARA FORTALECERLO Y HABITOS SALUDABLES PARA MANTENER UNA BUENA SALUD DEL MISMO.

-SE REALIZARON TÉCNICAS DE RELAJACIÓN AL FINALIZAR LAS SESIONES.

-2 SESIONES SE REALIZARON EN HECHO Y OTRAS DOS EN ANSÓ. PARA FACILITAR LA ASISTENCIA DE LAS USUARIAS.

-SE COLORACON CARTELES EN EL CENTRO DE SALUD Y SE LES INFORMÓ EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, MEDICINA Y MATRONA.

-SE AVISÓ A LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN GRUPOS

-SE REPARTIERON FOLLETOS CON LA IMPORTANCIA DEL SUELO PÉLVICO Y EJERCICIOS PARA REALIZAR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE REALIZARON ENCUESTAS AL FINALIZAR CADA UNA DE LAS SESIONES:

-ASISTENCIA DE UN 90% DE LAS USUARIAS APUNTADAS

-SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN 100%

-SATISFACCIÓN DE LA PONENTE DE UN 100%

-SATISFACCIÓN DEL LUGAR IMPARTIDO 100%

-INCORPORACIÓN DE LOS EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO E HIGIENE POSTURAL A LA VIDA DIARIA 50% SÍ, 30% NO RESPONDE, 20% NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CON ESTE PROYECTO HEMOS PRETENDIDO QUE LAS MUJERES DE LA ZONA CONOZCAN Y RECONOZCAN SU SUELO PÉLVICO Y LA IMPORTANCIA DEL MISMO A LO LARGO DE LA VIDA.

EN GENERAL EXISTE UN GRAN DESCONOCIMIENTO DE LA MUSCULATURA DE ESTA ZONA Y LAS IMPLICACIONES DE SU DEBILIDAD.

HEMOS FAVORECIDO EL ENCUENTRO GRUPAL Y LA PARTICIPACIÓN.

DESPUÉS DE ESTAS CHARLAS SE HA OBSERVADO UN AUMENTO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA DE MUJERES CON PROBLEMAS DE SUELO PÉLVICO QUE ANTES NO ACUDÍAN.

LAS SESIONES HAN SIDO MUY PARTICIPATIVAS, SUGIRIENDO QUE SE REALICEN CON MÁS FRECUENCIA.

LA INTRODUCCIÓN DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN AL FINALIZAR LAS SESIONES HA AYUDADO A CREAR UNA MAYOR SENSACIÓN DE BIENESTAR

7. OBSERVACIONES.

CENTROS DE SALUD DE JACA, HECHO Y BERDÚN

*** ===== Resumen del proyecto 2019/130 ===== ***

Nº de registro: 0130

Título
TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0130

1. TÍTULO

TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

ESCANILLA SAMPER PILAR, GAVIN BLASCO ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, MONTON AGUARON NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mujeres en edad postmenopausica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Taller semestral en Hecho.
Taller semestral en Anso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0176

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SALUD BUCO - DENTAL EN LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCANILLA SAMPER MARIA PILAR
SANCHEZ MOLINA PILAR
CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante todo el año 2019 las matronas de los centros de salud de Jaca y Sabiñanigo, derivaban a las gestantes en su primera visita de embarazo a la consulta de Higienista Dental y de odontología. (Derivación y captación de pacientes)

En el primer trimestre de embarazo se han realizado revisiones buco - dentales, diagnósticos odontológicos y fluoraciones.

En el final del segundo trimestre y principio del tercero se han hecho fluoraciones, consejos e indicaciones para el cuidado e higiene de la salud Buco - Dental del bebe y la gestante y tartrectomías a las pacientes que la necesitaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestros resultados son los siguientes:

C.S. JACA:

TOTAL DE PACIENTES DERIVADAS POR MATRONA: 125

TOTAL DE PACIENTES VISTAS : 103

TOTAL DE PACIENTES QUE NECESITABAN TARTRECTOMIA: 84

Hemos tenido unos resultados muy satisfactorios ya que el 82.4% de las embarazadas derivadas han acudido a la consulta . Asi como hemos visto que el 80.5% de las embarazadas vistas han necesitado Tartrectomía.

C.S. SABIÑANIGO:

TOTAL DE PACIENTES DERIVADAS POR MATRONA: 76

TOTAL DE PACIENTES VISTAS : 62

TOTAL DE PACIENTES QUE NECESITABAN TARTRECTOMIA : 48

Hemos tenido también unos buenos resultados ya que el 81.57% de las embarazadas derivadas han acudido a la consulta. Asi como el 77.41% necesitaban Tartrectomía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa de mejora de la Salud - Buco Dental en las embarazadas ha sido muy bien acogido por las pacientes, ya que hay un gran desconocimiento de la gran relación e importancia de la Salud Buco - Dental en el embarazo, parto etc...Hemos explicado la importancia de una buena Higiene Oral, ya que en el embarazo se producen mas desmineralizaciones en el esmalte y por tanto más probabilidad de hacer caries, asi como sangrado gingival, cambios en los hábitos de higiene.

Asi mismo hemos realizado educación sanitaria no solo dirigida a las usuarias gestantes, sino también para la salud Buco - Dental de sus hijos en las diferentes etapas de desarrollo.

7. OBSERVACIONES.

CS JACA Y CS SABIÑANIGO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/176 ===== ***

Nº de registro: 0176

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

Autores:
OTO CONDON NOEMI, ESCANILLA SAMPER PILAR, CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0176

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SALUD BUCO - DENTAL EN LA EMBARAZADA

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la Salud e higiene de todas las pacientes embarazadas.

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Durante el transcurso del 2019

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1146

1. TÍTULO

ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ELENA PEREZ TURRAU
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS
DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA
MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
- Distribución de las zonas de salud SIN TSSanitario.
- Determinación de los recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la ficha.
- Determinación del SSBase correspondiente a cada localidad.
- Reuniones de trabajo de losTTSS sanitarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Ayerbe.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Berdún
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Biescas.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Huesca Rural.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Sabiñanigo.
- Complimentación Ficha de Recursos sociales zona de Hecho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha permitido al equipo de Trabajadores Sociales Sanitarios tener una toma de contacto y coordinación con profesionales del ámbito de los servicios sociales, a la vez de hacer una reactualización de los recursos sociales en las diferentes zonas de salud, poniendo al día la información relativa a ellos: direcciones, contactos, permanencias...

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1146 ===== ***

Nº de registro: 1146

Título
ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
PEREZ TURRAU ELENA, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS, DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Potencialmente todo tipo de patologías
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto Asistencial por Unidades funcionales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROPUESTO POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL AL NO HABER TS SANITARIO EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR.
NECESIDAD DE DISPONER DE INFORMACION BASICA SOBRE RECURSOS SOCIALES EN EL SECTOR.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar información social básica a los profesionales sanitarios de las zonas de salud donde no hay TS sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1146

1. TÍTULO

ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

MÉTODO

- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
- Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS .
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social.
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha.
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad
- Reuniones de trabajo de los TTSS sanitarios

INDICADORES

- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
- Existe una Ficha de Recursos Sociales básicos SI-NO
- Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS . Se han distribuido SI-NO
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social.Se han concretado todas las zonas de salud sin TS sanitario SI-NO
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha. Se ha cumplimentado la Ficha de recursos sociales basicos SI-NO
- Difusión. Disposición de la información en la WEB del sector sanitario de Huesca. Desde la Dirección de Atención Primaria se ha remitido a cada centro de salud su Ficha correspondiente SI-NO

DURACIÓN

- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.Octubre 2016 - Enero 2017
- Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS . Enero 2017
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social. Enero-Febrero 2017
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha. Marzo 2017
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad. Abril 2017

OBSERVACIONES

Este Proyecto forma parte de los Acuerdos de Gestión Clínica planteados a los trabajadores sociales del sector Huesca

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1714

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SANTOLARIA UBIETO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cálculo de horas para adecuar el personal de AC y evitar contrataciones externas

Registro en la DAP de todas las incidencias de los profesionales para poder medir indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Permisos asumidos por personal de atención continuada/permisos asumidos por contrataciones de bolsa en 9 de los EAP marcados como objetivo.

No incremento del gasto del Capítulo 1 el aumento ha sido en el SECTOR del 1,68%*

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha servido para mejorar la organización de los equipos, sobre todo de enfermería ya que se ha dado más valor a la continuidad que al hecho de sustituir. Deberíamos intentar reflejar esta continuidad en los resultados de objetivos, proyectos

7. OBSERVACIONES.

* Este es el dato del Sector, tendríamos que restar el capítulo 1 de los 4 centros excluidos en el Proyectos (Urbanos y Huesca Rural)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1714 ===== ***

Nº de registro: 1714

Título
MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DEL PERSONAL DEL EAP

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, RIVERA FUERTES ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, CEREZUELA SAMPER CARMEN, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Irregular cobertura de permisos con contrataciones de personal parqa sustituciones a días sueltos, muchas veces sin conocimiento de AP, ni de OMI-AP u otros programas y procedimientos, ni conocimiento de las ZBS y forma específica de trabajar del sector.

Baja cobertura de sustituciones por el personal MAC y EAC de los permisos del EAP.

Dificultad para encontrar facultativos para sustituciones en contratos precarios (días, semanas)

Existencia de una bolsa única para el personal de enfermería, que o permite discriminar por conocimientos del AP a los profesionales en ella inscritos

Precariedad de los contratos ofrecidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1714

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP

RESULTADOS ESPERADOS

Con el proyecto intentamos garantizar la continuidad asistencial y minimizar la precariedad laboral en el sector. Tener profesionales formados en AP y que garanticen la continuidad y la totalidad de la cartera de servicios en AP, minimizando el impacto de las ausencias de los profesionales habituales en la salud de la población atendida.

MÉTODO

Ver análisis.

INDICADORES

Permisos asumidos por el personal de Atención Continuada vs permisos asumidos por contrataciones externas (bolsa)
No incremento del capítulo I

DURACIÓN

2017-2018

OBSERVACIONES

quedan excluidos de esta gestión de RRHH los 3 centros urbanos y Huesca Rural, dado que la centralización de los 4 en un único PAC, y el elevado número de profesionales a sustituir, hacen imposible esta gestión.

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 - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE GEMMA GABAS GALLEGO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
ORDAS BITRIAN MERCEDES
MUÑOZ GIMENEZ CONCEPCION
GIMENO PRADAS MARIA ROSA
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE
ANORO MONCAYOLA CARMEN
ESPEJO LORENTE MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado todas las salidas a caminar previstas, nuestros grupos no se organizan según año natural sino según año escolar. El 1º grupo que es el que se vamos a evaluar, inicio la actividad el 4 de Octubre del 16 y la finalizó el 15 de Junio del 17 e hicieron 3 periodos.

El primer periodo se inició el 4 Octubre de 2016 y finalizó el 20 de Diciembre de 2016, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 22 salidas. Iniciaron la actividad 21 participantes y la terminaron 27 ya que se sumaron 8 participantes a lo largo del trimestre. De los 21 participantes que iniciaron la actividad solamente la abandonaron 2. Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro

El 6 de Octubre Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud dio una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.

El 24 de Noviembre Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre suelo pélvico.

Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro.

El segundo periodo se inició el 10 de Enero de 2017 y finalizó el 6 de Abril de 2017, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 26 salidas. Iniciaron la actividad 27 participantes y la terminaron 30 ya que se sumaron 4 participantes a lo largo del trimestre. De los 27 participantes que iniciaron la actividad solo abandono 1

El 12 de Enero Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud dio una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.

El 23 de Febrero Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre suelo pélvico.

El 6 de Abril Lorena Ornaque, alumna de 4º de Nutrición impartió una charla a los participantes sobre Nutrición.

El tercer periodo se inició el 25 de Abril de 2017 y finalizó el 15 de Junio de 2017, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 16 salidas. Iniciaron la actividad 25 participantes y la terminaron 26 ya que se sumó 1 participante a lo largo del periodo.

Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro
El 2 de Mayo Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud impartió una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.

El 15 de Junio Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre Menopausia.

Reuniones organizativas y de comunicación:

El 12 de Setiembre del 16, 19 dic del 16 y el 3 de Abril del 17, reunión del Personal de enfermería, Trabajador social y jefa del servicio de admisión convocada por la responsable del programa para organizar las carteleras de las personas que acompañan cada día a los participantes. Así mismo ha habido otra reunión el 25 de setiembre del 17 para para organizar las carteleras de acompañantes del nuevo grupo que inicia la actividad el 3 de Octubre.

El 17 de Setiembre del 16, el 12 de Enero del 17, el 21 de abril del 17 reunión del EAP para analizar como estaba yendo la actividad.

El 15 de Setiembre del 17 reunión del EAP para valorar los resultados obtenidos en el grupo que finalizo en junio, y analizar sugerencias de cambios para el nuevo grupo que iniciara la actividad en Octubre del 17

Reuniones de los responsables de los proyectos comunitarios :

Se han realizado varias reuniones de los responsables de comunitaria del centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

C) Objetivos y resultados alcanzados:

Se ha formado un grupo de 10 personas que ya sale a caminar por su cuenta y que siguen quedando en la puerta del centro. Esto supone que el 29% de los participantes a valorado como beneficioso el ejercicio y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

mantienen una buena relación entre ellos como demuestra el hecho de que sigan saliendo a caminar juntos. El Objetivo era el 25%.

Han abandonado el proyecto el 23% de los participantes, el objetivo esta en que no abandonen más del 40%

La encuesta que se ha pasado al finalizar y los resultados es la siguiente:

Tenían que puntuar de 1 a 5 cada pregunta, siendo 1 el resultado peor y 5 el resultado mejor

La propuesta de paseos desde el centro de Salud le ha parecido? El 100% de los participantes la valoran con un 5

Los recorridos le han parecido? El 70% la valoran con un 5 y el 30% con un 4

El número de participantes le ha parecido? El 100 % lo valoran con un 5

Los días de la semana le han parecido? El 90% lo valoran con un 5 y el 10% con un 4

El horario es adecuado? El 100% lo valoran con un 5

La relación con otros participantes? El 100% la valoran con un 5

La duración del paseo, le parece bien? El 100% la valoran con un 5, aunque después en el apartado de observaciones el 20% proponen caminar 3 días por semana

Lo recomendaría a otras personas? El 100% lo valoran con un 5

Le gustaría continuar con los paseos? El 100% lo valoran con un 5

Cree que salir a caminar beneficia su salud? El 100% lo valoran con un 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para que el proyecto sea viable tiene que participar todo el centro, ya que supone abandonar las consultas de forma rotatoria 2h a la semana y sino son muchos los implicados no se puede llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.

E) Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto

Con el grupo que comienza en Octubre del 18 hemos decidido modificar algunos de los objetivos. quedando así:

Favorecer la relación entre los participantes para aumentar sus relaciones sociales mejorando así su estado de ánimo. Valorar según encuesta

Incorporar el ejercicio físico ayudando a la rutina diaria, intentando conseguir que salgan a caminar ellos los días que no salen con nosotros Objetivo que 20% de los participantes aumenten las horas de ejercicio a la semana

Aumentar la conciencia entre los participantes de la importancia de las MHD saludables tanto en la prevención como en la mejoría de enfermedades crónicas. Que no abandonen el proyecto mas del 40% en cada uno de los turnos

Favorecer la mejor adherencia y uso de ttos farmacológicos, valorar según adherencia al principio y al final .

Objetivo que el 25% de los pacientes que no cumplan ttº farmacológico al inicio de la actividad lo cumplan al final

Mejorar la calidad de vida de los participantes a través de mejorar sus constantes de:

-Peso, en pacientes con obesidad ó sobrepeso, Objetivo que el 20% de los participantes con sobrepeso y/o obesidad pierdan peso durante la duración del proyecto.

-Tensión arterial en pacientes hipertensos, que mejoren su TA el 20 % de los participantes en el proyecto

-Hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos, que mejore en un 20 % de los pacientes diabéticos durante la duración de la actividad

- Que el 20% de los pacientes que participan en el proyecto con dislipemia mejoren la cifra de colesterol

Para valorar esto, hemos diseñado una ficha que rellenaremos al principio y final de cada turno. (Anexo

1).

Encuesta de Satisfacción (Anexo 2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

ANEXO 1
CHINA-CHANO

Nombre:

edad:

Medico: Enfermera:

Peso:

IMC:

Talla:

Perímetro abdominal: Perímetro abdominal/talla:

Si el paciente es diabético, hemoglobina glicosilada

Colesterol

Adherencia Ttº Farmacológico: Buena Mala Regular

ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN RAPA

Categoría (Nº Categoría)

Descripción

Puntos Brutos

Sedentario (1)

Realiza actividades físicas muy pocas veces.

1 Pts

Poco activo (2)

Realiza algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas pero no cada semana.

2 Pts

Poco activo regular-ligero (3)

Realiza algunas actividades físicas ligeras cada semana.

3 Pts

Poco activo regular (4)

-Realiza actividades físicas moderadas cada semana, pero menos de 5 días a la semana, o menos de 30 minutos

diarios en esos días.

-Realiza actividades físicas vigorosas cada semana, pero menos de 3 días por semana o menos de 20 minutos en esos

días.

4 a 5 Pts

Activo (5)

-Realiza 30 minutos o más de actividades físicas moderadas al día, 5 o más días a la semana.

-Realiza 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, 3 o más días por semana.

6 a 7 Pts

ANEXO 2

CHINA-CHANO

ENCUESTA DE OPINIÓN

Puntúe de 0 a 5

La propuesta de paseos desde el Centro de Salud le ha parecido? ----

Los recorridos le han parecido adecuados?----

El número de participantes le ha parecido?----

Los días de la semana le han parecido?----

El horario es adecuado?----

La relación con otros participantes?----

La duración del paseo le parece bien?----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

Lo recomendaría a otras personas?----

Le gustaría continuar con los paseos?----

Cree que salir a caminar beneficia su salud?---

Quiere realizar algún comentario u observación:

Puede proponernos algún nuevo recorrido:

Continuara caminando este verano por su cuenta o con otras personas del grupo aunque no vayan acompañados por personal del Centro de Salud:

*** ===== Resumen del proyecto 2016/286 ===== ***

Nº de registro: 0286

Título
CHINA-CHANO. PASEOS SALUDABLES. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO

Autores:
GABAS GALLEGO GEMMA, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, ORDAS BITRIAN MERCEDES, MUÑOZ GIMENEZ CONCEPCION, GIMENO PRADAS MARIA ROSA, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE, ANORO MONCAYOLA CARMEN, ESPEJO LORENTE MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personales con pocas relaciones sociales
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.- Responder a la necesidad detectada por los miembros del EAP, de que hay personas sobre todo mayores de nuestra zona de salud que por encontrarse solas no realizan ejercicio físico tan necesario en la prevención y tratamiento de enfermedades Cardio-vasculares, problemas musculo-esqueléticos y otros.
2.- Promocionar la salud aprovechando los paseos, dándoles información sobre los beneficios del ejercicio, dieta saludable y cumplimiento de tratamientos y otras MHD.
3.-Teniendo en cuenta el gran número de personas con incontinencia urinaria por relajación del suelo pélvico, aprovechar el grupo para realizar educación sanitaria al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Favorecer la relación entre los participantes para aumentar sus relaciones sociales, mejorando así su estado de ánimo.
2.- Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico, ayudando a incorporar esta actividad a la rutina diaria, intentando conseguir que salgan a caminar ellos los días que no salen con nosotros aunque sean pequeños grupos.
3.- Incorporar los ejercicios de rehabilitación del suelo pévico a su rutina habitual.
4.- Aumentar la conciencia entre los participantes de las MHD saludables tanto en la prevención como en la mejoría de las enfermedades crónicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

5.- Favorecer la mejor adherencia y uso de los ttos farmacológicos.

MÉTODO

Captación de participantes en las Ctas de Enfermería, Medicina y Trabajo Social. Entrega de folleto informativo y recogida de datos personales.

Salida a caminar dos días por semana, martes y jueves de 10 a 11 horas por la zona de salud. El primer turno será del 4 de octubre al 20 de diciembre, el segundo turno del 17 de enero al 6 de abril y el tercer turno del 18 de abril al 15 de junio de 2017, reanudándose en octubre.

Los participantes irán acompañados por dos personas del Centro de Salud "Enfermeras, Trabajador Social, Aux administrativo y Aux Enfermería.

Realizar por parte de los profesionales de enfermería, durante los paseos y de forma dinámica "educación sanitaria" respecto a diferentes MHD alimentación, consumo de fármacos, abandono de tabaco etc.

Se dará una charla informativa de 15/20 minutos al inicio de la actividad en cada trimestre sobre los beneficios del ejercicio para la salud y preparación para salir a caminar por Gemma Gabás Enfermera del Centro.

Por parte de la Matrona del Centro Pilar Sanchez se realizará un taller de suelo pélvico en cada turno.

Al finalizar cada turno se realizará un encuesta de opinión a los participantes

INDICADORES

- 1.-Realizar la actividad al menos durante 3 periodos de al menos dos meses.
- 2.-Que termine la actividad el 50% de los participantes inscritos en cada turno.
- 3.-Encuesta de opinión de los participantes de cada turno.

DURACIÓN

Octubre de 2016 a Octubre 2017

Presentación del proyecto al EAP.

Charla sobre beneficio del ejercicio en el control de patologías crónicas y prevención de enfermedades cardiovasculares, una por turno.

Taller del suelo pélvico, uno en cada turno.

Suspender la actividad durante julio, agosto y septiembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONEL MARIA FLOR SEBASTIAN
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De cara a favorecer el empoderamiento de este grupo de mujeres hacia una práctica voluntaria y autónoma de los diferentes hábitos saludables en relación a la alimentación y la actividad física, se ha dividido la intervención en cuatro fases, de las cuales dos de ellas: la fase de sensibilización y enganche y la fase de sensibilización y consolidación, se han llevado a cabo durante el curso escolar 2016-2017.
Las actividades realizadas han consistido en la realización de sesiones de actividad física con las madres (al principio una vez/semana y a partir de febrero de 2017 2 veces/semana), participación en marchas populares, actividades lúdicas conjuntas madres e hijos, talleres de alimentación saludable (raciones, consumo de hidratos de carbono, merienda saludable, acompañamiento a establecimiento de alimentación, talleres de cocina) y cuatro sesiones con salud mental infantojuvenil.
Se ha contado con la colaboración de la Universidad, Ayuntamiento, la Asociación YMCA, Ibercaja y la Peña Zoití de Natación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar, reflejar que este proyecto está utilizando una metodología de Investigación Acción Participativa, por lo que los objetivos a evaluar en este primer año de actividad se han limitado a evaluar la metodología seguida.

El primer objetivo marcado era el de la participación de las madres. Sin duda, ellas han ido marcando con sus deseos el ritmo y el tipo de actividad física que se ha ido realizando.
La media de asistencia a las actividades ha ido disminuyendo a lo largo del año. Motivos de la disminución de la asistencia a las actividades: de todas las participantes que comenzaron en el proyecto, algunas encontraron trabajo al inicio de curso y dos de ellas se quedaron embarazadas. Durante los meses de febrero y marzo se produjo una gran disminución, algunos de los motivos fueron: enfermedades tanto de ellas como de los familiares, obligaciones laborales y personales. Los últimos meses se colapsaron las actividades tanto las de alimentación, como las de actividad física y mental, siendo uno de los motivos la falta de organización para poder acudir a alguna de ellas. Resulta necesario tener en cuenta que durante el mes de abril y mayo hubo periodos con cuatro y hasta cinco actividades semanales.

En cuanto a la orientación hacia los determinantes de salud y la perspectiva de equidad, se ha tenido en cuenta la situación económica y cultural de estas familias, y las dificultades que estas familias van a presentar a la hora de continuar con la actividad física y de alimentación saludable planteadas. Todo está basado en que pueda tener una continuidad en el futuro pensando en esas dificultades socioculturales y económicas, ofreciéndoles unas herramientas adecuadas para que las puedan utilizar de manera autónoma. En todo momento se ha buscado perseguir cambios desde una perspectiva de modificaciones pequeñas pero significativas de los comportamientos.

En cuanto a la participación intersectorial, ha habido una muy buena implicación de los tres sectores: el universitario (y más concretamente la Facultad de la Ciencias de la Actividad física y el deporte), el centro escolar y el centro de salud. Ha existido algo más de dificultad en poner en marcha las actividades educativas en relación con la alimentación saludable, aunque al final hubo dos estudiantes del grado de nutrición que se encargaron de las mismas. La coordinación de los diferentes agentes ha sido bastante fluida y ha contribuido a la realización de actividades conjuntas que han permitido que las actividades se abordaran desde una perspectiva interdisciplinar.

Por otro lado, han sido muy interesantes y reveladores las opiniones que las madres han expresado al final de este primer año de intervención:

"Me he sentido muy especial en este curso, me ha subido mi autoestima y he estado relajada y contenta. Deseo empezar en septiembre con muchas ganas"

"Gracias por entrar en mi vida, por permitirme experimentar y explayarme. Nunca os olvidaré por darme el empujón que necesitaba para volar"

"Muchas gracias por formar este grupo que nos ha unido a todas las madres"

"Estoy muy orgullosa de participar en este grupo y de vivir experiencias nuevas en mi vida que nunca imaginé"

"De mi parte quiero expresar que he podido encontrar mi yo de nuevo y que vuelvo a ser yo. Que quiero seguir prosperando y seguir haciendo ejercicio junto con mis hijos. Que me lo he pasado muy bien y que me lo he pasado muy bien"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Con los datos que hemos recogido este curso pasado, hemos podido identificar una serie de problemas como las dificultades en concretar con las mujeres los horarios de intervención, los motivos por los que ellas no han acudido a todas las sesiones, las dificultades que tienen para incorporar conductas saludables, los problemas económicos a los que se enfrentan y los obstáculos culturales.

Este año nos proponemos comenzar a trabajar con objetivos más concretos. Así mismo incorporaremos, en la medida de lo posible, indicadores de evaluación tanto del proceso como de los resultados, ya desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Se propondrá incluir una representante de las madres en el grupo investigador.

Este año vamos a seguir disponiendo de los siguientes recursos: clases de actividad física, natación, talleres de cocina y sesiones de control de las emociones y educación parental. No obstante, siguiendo una orientación de investigación participativa, iremos integrando aquellas actividades que el grupo de mujeres demanden y consideren necesarias en su proceso de adquisición de hábitos saludables. De igual manera, si el grupo de trabajo considera la posibilidad de incluir nuevas actividades o dinámicas, lo introduciremos desde una perspectiva consensuada.

Efectos no previstos

Positivos:

- Creación de sentimiento de grupo, habiéndose creado una red de apoyo mutuo.
- Aumento evidente de la autoestima en las participantes.
- Han adquirido la costumbre de excusarse si no podían acudir a las sesiones.
- Ruptura de barreras y prejuicios de los profesionales implicados en el proyecto hacia la población diana y viceversa.

- La relación que se ha iniciado con la Universidad nos está abriendo las puertas a la posibilidad de nuevos proyectos a realizar conjuntamente.

Negativos:

- Imposibilidad de trabajar la actividad física con el grupo de niños y niñas por su mal comportamiento.

Lo que hemos aprendido es que la evaluación nos sirve para la toma de decisiones, solucionar problemas y comprender lo que ha pasado. Que la evaluación es algo continuo y es algo sobre lo que tenemos que pensar al iniciar cualquier proyecto.

Nuestro proyecto tiene un buen diseño en relación a la equidad, intersectorialidad, empoderamiento de la población a la que va dirigido, la desmedicalización, la transmisión de los resultados a todo el equipo, ... pero tenemos que mejorar todavía más en relación a la participación de la población en todos los aspectos del proyecto.

En este segundo año vamos a intentar mejorar todavía más la participación de la población en todos los aspectos del proyecto, valorar e intentar solucionar la adherencia de las madres al proyecto y buscar una solución a la intervención con los niños.

Vemos muy interesante tener reunión previa con el SARES antes de comenzar cualquier proyecto comunitario desde nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1138 ===== ***

Nº de registro: 1138

Título

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Autores:

PARDOS MARTINEZ CARLOS, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE, CAÑARDO ALASTUEY CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace varios años existe una cooperación estable entre el colegio Pío XII y el CS Perpetuo Socorro, realizando actividades conjuntas en el marco de la promoción de la salud.

Este proyecto tiene su origen en un problema sentido por la comunidad educativa del colegio Pío XII en relación a la obesidad infantil en un colectivo desfavorecido como es la etnia gitana.

En 2012, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) puso en marcha la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Podríamos considerar este proyecto dentro del marco referencial de dicha estrategia, ya que nuestro objetivo es promover, diseñar, coordinar e implantar acciones que produzcan cambios en un área de especial relevancia para la salud como es la obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo es promover la participación activa de las familias.

Para ello, en un principio, se irá valorando conjuntamente cuáles son sus conocimientos, valores, creencias, tradiciones y comportamientos en relación a la alimentación y la actividad física. Que las familias se observen y tomen conciencia de su propia realidad.

A partir de allí se plantearán objetivos educativos para lograr su capacitación en relación con una alimentación saludable y un ejercicio físico como parte de su actividad diaria. Todo ello consensuado con las familias a través de una reflexión (con sentido crítico, favoreciendo la comunicación interpersonal y grupal, la autoestima y la resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y la toma de decisiones libres sobre la salud.

MÉTODO

Sabemos que la mera transmisión de conocimiento relevante sobre un tema de salud no es suficiente para modificar comportamientos. Se ha elegido una metodología participativa, trabajando las habilidades para la vida y apoyándonos en el aprendizaje basado en la experiencia. Es decir, partir de situaciones cotidianas y aplicar técnicas educativas en grupos pequeños con puestas en común que potencien la participación e implicación.

La etnia gitana es una población vulnerable y desfavorecida, por lo que deberíamos abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientales y contextos.

Nos propusimos un innovador trabajo en red contando con los activos para la salud de nuestro entorno. Nos pusimos en contacto con la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, con la Escuela Universitaria de Enfermería, con la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil, con Cáritas del barrio, y con el secretariado gitano. Todo ello para proporcionar una respuesta coherente y coordinada, para posteriormente, con el proyecto definido, contar con determinadas áreas del Ayuntamiento de Huesca.

Se ha constituido un equipo de trabajo que integran profesionales de los centros implicados. Este equipo está coordinado por un profesor de la Universidad (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte), la trabajadora social del Colegio Pío XII y un pediatra del Centro de Salud Perpetuo Socorro.

INDICADORES

Se ha realizado un estudio previo sobre los niveles de actividad física con acelerómetros, y se ha pasado la escala de autoestima de Rosenberg en las madres de los niños y niñas con obesidad. Ambos se repetirán periódicamente para valorar los cambios en su situación física y emocional.

Se han recogido los motivos de consulta a su médico de familia y servicios de urgencia durante el año previo al comienzo de la intervención.

Tanto a los niños como a las madres se les ha realizado medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), tensión arterial, y estudio básico metabólico (glucemia, TSH, perfil lipídico)

En el 2º trimestre de 2017 se hará una valoración de la alimentación en estas familias por medio de encuesta nutricional validada y entrevistas conjuntas, para que sean conscientes de su estilo de alimentación, y que las familias realicen propuestas de cambio.

DURACIÓN

Durante los meses de enero a junio de 2016 se realizaron varias reuniones, alguna de ellas con las familias de estas niñas y niños obesos, con el objetivo de promover su participación activa.

Desde octubre de 2016 se realiza actividad física con las madres de estos niños y niñas. En febrero de 2017 se ha iniciado la actividad física con los niños y niñas obesos. En marzo de 2017 se iniciarán las actividades relacionadas con la alimentación.

El proyecto está diseñado hasta final del curso escolar 2017-2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ REMACHA MARIA
AIBAR ALBERTO
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras las fases de sensibilización y "enganche", y de sensibilización y consolidación realizadas durante el curso escolar 2016-2017, para este curso escolar 2017-2018 se había propuesto llevar a cabo las fases de empoderamiento y de preparación a la gestión autónoma.

Para ello, se siguieron realizando sesiones de actividad física con las madres de niños obesos (2 sesiones semanales), sesiones sobre nutrición (1 por trimestre), y de salud mental (7 sesiones, desarrolladas por profesionales de la USMIJ, durante el 2º y 3º trimestre de curso escolar). Una vez al trimestre se ofertaron sesiones conjuntas madres e hijos con distintas temáticas de juego y organizadas por la Facultad de Ciencias de la salud y del deporte. Se realizó un taller de cocina.

Respecto a la actividad física, se realizaron bailes, ejercicios de tonificación, CORE, espalda sana y se utilizaron materiales novedosos para ellas, lo que aumentaba su motivación. Además se realizaban andadas (una vez a la semana) por el entorno de Huesca, normalmente las participantes elegían el recorrido. Las actividades físicas cognitivas se basaban en actividades dinámicas que favorecían su participación y reflexión sobre sus niveles de actividad física.

Respecto a la línea de alimentación saludable, durante el año 2018-2019 sólo fue posible realizar un taller de cocina. Sin embargo, las sesiones de alimentación saludable cognitiva se realizaron con la misma frecuencia que el año anterior. Normalmente las participantes decidían los temas que más les preocupaban o los hábitos más complicados de modificar. Así, durante las dinámicas se les aportaban herramientas o consejos para ayudarles a modificar los comportamientos menos saludables.

Finalmente, las sesiones de salud mental estaban orientadas a mejorar la educación parental. La enfermera y la psiquiatra, apoyadas por el personal de pediatría, les comentaban temas importantes para facilitar la educación de los niños, así como algunos temas que preocupaban a las madres a la hora de educarlos (ej. miedos, sentimientos, negación de los caprichos, autoridad frente a los hijos, evolución de la niñez a la adolescencia, etc.).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha pasado por dos fases. El primer año fue muy positivo en relación a la participación de las familias, a las actividades realizadas y a los resultados en satisfacción de las participantes. Durante el segundo año la participación fue muy inferior, pero hemos podido analizar, a través de entrevistas, grupos de discusión y diario de campo, las barreras familiares, culturales, ambientales, económicas, laborales y psicológicas que presentan estas mujeres, pertenecientes a una población desfavorecida, para la práctica de la actividad física y la puesta en marcha de otras conductas saludables.

Las barreras familiares eran mencionadas por todas las informantes a la hora de practicar AF (i.e., cuidado de los hijos, cuidado de familiares cercanos) mostrándose una alta saturación e interacción entre todas las informantes con dicha categoría. En muchos casos la prioridad de su tiempo la ocupan los miembros de su familia, anteponiéndola a sus intereses.

La barrera cultural, percibida únicamente por el subgrupo de informantes pertenecientes a la etnia gitana. Algunas de las barreras culturales que se han podido encontrar son las relacionadas con las tradiciones del culto, siendo juzgado el escuchar música o el bailar cuando acaba de fallecer un familiar cercano; o cuando las mujeres viudas van con ropas ajustadas para practicar deporte o en bañador para aprender a nadar. Todo ello podría afectar a la hora de inculcar hábitos saludables y activos en las vidas de dicha población.

Las informantes perciben como barreras la climatología y el entorno en el que viven (i.g., el barrio). En el presente caso, las informantes recalcan que las temperaturas más bajas les limitan a la hora de practicar AF, aunque no se especifican actividades en concreto.

Las barreras económicas emergen de las afirmaciones cuando se les pregunta sobre cómo les podría afectar la economía a la hora de practicar AF; la mayoría recurren a los altos precios de los gimnasios, ignorando algunas de las facilidades que ofrecen las asociaciones, ayuntamientos, etc. Sin embargo, dicha barrera es habitualmente percibida en las poblaciones desfavorecidas, siendo en algunos casos el principal motivo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

abandono los altos costes de las actividades.

La barrera laboral, entendiéndola como causa principal el trabajo, el cual afecta a los horarios de las actividades prácticas o a la falta de tiempo. Así pues, podría encubrir otras barreras no afirmadas por el caso explícitamente, como la falta de tiempo o el cansancio después del trabajo. En nuestro estudio, la barrera laboral únicamente es percibida por el subgrupo de informantes no pertenecientes a la etnia gitana, lo que podría deberse a una de las características del eje familiar de la etnia gitana en la que, mayoritariamente, sólo es el hombre el que aporta ingresos a la familia y por tanto, las mujeres no tienen trabajos fuera del hogar.

Las características psicológicas de las informantes son percibidas como barreras para practicar AF, normalmente relacionadas con estados de ánimo, vergüenza a exponerse hacia otras personas o pereza.

Las participantes subrayan frecuentemente su obesidad y las limitaciones que les produce en algunos casos el tamaño de su tripa o la fatiga, además ellas aprecian miedos a hacerse daño realizando actividades deportivas que vienen dados por su peso. En el presente caso analizado, las barreras físicas únicamente son percibidas por las participantes de etnia gitana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La evaluación de las barreras percibidas por estas madres a la hora de realizar AF nos ayuda a comprender el sedentarismo y la inactividad física de este tipo de poblaciones.

Recomendamos diseñar programas que eviten y eliminen las barreras percibidas por esta población, además de sensibilizar y concienciar a las participantes sobre la importancia y los beneficios que van a reportar en ellas la práctica de AF y el llevar un estilo de vida activo y saludable.

La intervención deberá tener en cuenta las características económicas, culturales y del contexto de las participantes, proponiendo programas que favorezcan la equidad y ofrezcan oportunidades para gestionar su tiempo, creando espacios y franjas horarias flexibles, en función de los horarios laborales, para practicar AF.

Podremos tomar como punto de partida la realidad mostrada en este proyecto, proporcionando las herramientas adecuadas para disminuir y eliminar las barreras percibidas a la hora de realizar o incorporar AF en su vida diaria.

El proyecto, tal como se ha realizado durante estos dos años, deja de realizarse.

Durante el próximo curso escolar se tiene intención de continuar el Proyecto Pío se mueve con otro grupo de madres del Colegio, posiblemente madres de niños de infantil. En estos momentos se les está pasando un cuestionario a las madres para ver su predisposición y necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1138 ===== ***

Nº de registro: 1138

Título
PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Autores:
PARDOS MARTINEZ CARLOS, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE, CAÑARDO ALASTUEY CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

PROBLEMA

Desde hace varios años existe una cooperación estable entre el colegio Pío XII y el CS Perpetuo Socorro, realizando actividades conjuntas en el marco de la promoción de la salud.

Este proyecto tiene su origen en un problema sentido por la comunidad educativa del colegio Pío XII en relación a la obesidad infantil en un colectivo desfavorecido como es la etnia gitana.

En 2012, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) puso en marcha la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Podríamos considerar este proyecto dentro del marco referencial de dicha estrategia, ya que nuestro objetivo es promover, diseñar, coordinar e implantar acciones que produzcan cambios en un área de especial relevancia para la salud como es la obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo es promover la participación activa de las familias.

Para ello, en un principio, se irá valorando conjuntamente cuáles son sus conocimientos, valores, creencias, tradiciones y comportamientos en relación a la alimentación y la actividad física. Que las familias se observen y tomen conciencia de su propia realidad.

A partir de allí se plantearán objetivos educativos para lograr su capacitación en relación con una alimentación saludable y un ejercicio físico como parte de su actividad diaria. Todo ello consensuado con las familias a través de una reflexión (con sentido crítico, favoreciendo la comunicación interpersonal y grupal, la autoestima y la resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y la toma de decisiones libres sobre la salud.

MÉTODO

Sabemos que la mera transmisión de conocimiento relevante sobre un tema de salud no es suficiente para modificar comportamientos. Se ha elegido una metodología participativa, trabajando las habilidades para la vida y apoyándonos en el aprendizaje basado en la experiencia. Es decir, partir de situaciones cotidianas y aplicar técnicas educativas en grupos pequeños con puestas en común que potencien la participación e implicación.

La etnia gitana es una población vulnerable y desfavorecida, por lo que deberíamos abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientales y contextos.

Nos propusimos un innovador trabajo en red contando con los activos para la salud de nuestro entorno. Nos pusimos en contacto con la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, con la Escuela Universitaria de Enfermería, con la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, con Cáritas del barrio, y con el secretariado gitano. Todo ello para proporcionar una respuesta coherente y coordinada, para posteriormente, con el proyecto definido, contar con determinadas áreas del Ayuntamiento de Huesca.

Se ha constituido un equipo de trabajo que integran profesionales de los centros implicados. Este equipo está coordinado por un profesor de la Universidad (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte), la trabajadora social del Colegio Pío XII y un pediatra del Centro de Salud Perpetuo Socorro.

INDICADORES

Se ha realizado un estudio previo sobre los niveles de actividad física con acelerómetros, y se ha pasado la escala de autoestima de Rosenberg en las madres de los niños y niñas con obesidad. Ambos se repetirán periódicamente para valorar los cambios en su situación física y emocional.

Se han recogido los motivos de consulta a su médico de familia y servicios de urgencia durante el año previo al comienzo de la intervención.

Tanto a los niños como a las madres se les ha realizado medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), tensión arterial, y estudio básico metabólico (glucemia, TSH, perfil lipídico)

En el 2º trimestre de 2017 se hará una valoración de la alimentación en estas familias por medio de encuesta nutricional validada y entrevistas conjuntas, para que sean conscientes de su estilo de alimentación, y que las familias realicen propuestas de cambio.

DURACIÓN

Durante los meses de enero a junio de 2016 se realizaron varias reuniones, alguna de ellas con las familias de estas niñas y niños obesos, con el objetivo de promover su participación activa.

Desde octubre de 2016 se realiza actividad física con las madres de estos niños y niñas. En febrero de 2017 se ha iniciado la actividad física con los niños y niñas obesos. En marzo de 2017 se iniciarán las actividades relacionadas con la alimentación.

El proyecto está diseñado hasta final del curso escolar 2017-2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

1. TÍTULO

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MUR LALUEZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAJARAVILLE ASO PILAR
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
HERRANZ CORTES FRANCISCA
BAYOD CALVO CONCEPCION
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA
GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA
GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REALIZARON SESIONES CLÍNICAS . POR LOS TRASLADOS HA HABIDO UN CAMBIO DE PROFESIONALES IMPORTANTE EN EL CENTRO POR LO QUE LA CONTINUIDAD DEL PROYECTO FUE IMPOSIBLE REALIZARLO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

VER APARTADO ANTERIOR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PRESENTADO EL PROYECTO A LOS NUEVOS COMPAÑEROS SOLICITAMOS REINICIAR EL PROYECTO DE MEJORA en 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/765 ===== ***

Nº de registro: 0765

Título

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

Autores:

MUR LALUEZA MARIA JESUS, CAJARAVILLE ASO PILAR, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, HERRANZ CORTES FRANCISCA, BAYOD CALVO CONCEPCION, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA, GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

* Revisión bibliográfica de los criterios stop, objeto del estudio.

* Listado de pacientes con prescripción de fármacos, objeto de estudio en receta electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

1.-Disminuir la prescripción inadecuada
2.-Mejorar la seguridad del paciente
3.-Aumentar la eficiencia

MÉTODO

* Sesión inicial formativa con presentación del proyecto al Equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

1. TÍTULO

EVITAR LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

- * Sesiones formativas conjuntas Medicina/ enfermería y farmacéutica del Sector (3 sesiones formativas)..
- * Sesiones formativas con los especialistas (Cardiólogos, Nefrólogos,.....) atendiendo a los criterios stop elegidos.

INDICADORES

* Determinación analítica de potasio cada seis meses, en el 70 % de los pacientes objeto de estudio (Pacientes en tratamiento con IECA/ARA II + DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO).

*Revisión del 70% de los pacientes en tratamiento con AINE que presenten un filtrado glomerular < 50 mL/min

DURACIÓN

- * Un año
- * Segundo semestre 2018 y primer semestre 2019.
- * Revisiones/Sesiones cada 3 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CHARTE ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAÑARDO ALASTUEY CLARA
BAYOD CALVO CONCEPCION
ORDAS BITRIAN MERCEDES
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA
ESPEJO LORENTE MONICA
BESCOS GARCIA BLANCA
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Veinticinco sujetos han participado en el proyecto, 16 en el grupo experimental (9 hombres y 7 mujeres) que realizaron un entrenamiento multicomponente durante 5 meses, 3 sesiones/semana y 60-75 minutos/sesión; y 9 en el grupo control (9 mujeres) que continuaron con el mismo estilo de vida. Todos los sujetos eran mayores de 65 años y sin importantes limitaciones funcionales. Se controlaron variables antropométricas, constantes vitales, marcadores bioquímicos, capacidad funcional, tratamiento farmacológico y parámetros nutricionales. Se realizó una valoración de la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test. Así mismo se realizó una valoración de la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica, encuesta de calidad de vida (cuestionario EUROQol-5D, sólo en el grupo experimental), analítica básica y capacidad funcional (valorada únicamente en el grupo experimental)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al grupo experimental, el peso corporal ($p=0.285$), el IMC ($p=0.488$) y el índice cadera-cintura ($p=0.178$) tenían suaves disminuciones sin llegar a ser estadísticamente significativas. Por otro lado, la masa magra ($p=0.590$), la masa libre de grasa ($p=0.571$) y la masa ósea ($p=0.580$) aumentaron de forma leve sin que existieran diferencias significativas entre los valores antes y después del entrenamiento. Por su parte, sí que se obtuvieron reducciones estadísticamente significativas en el porcentaje de grasa corporal que se redujo un 0.9% ($p=0.000$), en la masa grasa 0.5 Kg ($p=0.036$) y en el perímetro de cintura 4.5 cm ($p=0.020$). La encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D) únicamente se pasó en el grupo experimental, donde se obtuvieron disminuciones significativas en el estado de depresión, reduciéndose 2 puntos ($p=0.025$). La capacidad funcional fue valorada específicamente en el grupo intervención, donde se observaron mejoras estadísticamente significativas en la capacidad funcional, un incremento de 1.25 puntos con una significación ($p=0.046$). También en el grupo experimental, se vio una disminución significativa de 11.2 mmHg en la TA sistólica ($p=0.001$). Respecto al grupo control, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del colesterol LDL que se redujo 5.8 mg/dl ($p=0.008$) y en la hemoglobina que se redujo 4.1 g/L ($p=0.023$). Por su parte, el grupo experimental mejoró en casi todos los parámetros, aunque solo se registraron diferencias significativas en el colesterol total que se redujo 7.9 mg/dl ($p=0.012$), en el colesterol LDL que disminuyó en 7.3 mg/dl ($p=0.004$), el colesterol HDL que aumento en 3.9 mg/dl ($p=0.016$) y por último, destacar el aumento que tuvo la vitamina D3 fue de 6.8 ng/ml ($p=0.046$). Aunque el grupo control haya reducido el colesterol LDL significativamente, la disminución del grupo intervención es mayor y con una significación más cercana al 0.000.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En definitiva, parece que el entrenamiento multicomponente puede mejorar diversos aspectos de la salud y mantener la independencia durante el envejecimiento de los mayores.

7. OBSERVACIONES.

Con este proyecto se ha comenzado una colaboración muy interesante con la Facultad de ciencias de la salud y del deporte de la Universidad de Huesca y nuestro centro de salud, que va a continuar en el 2019, por lo que vamos a poder integrar este proyecto como una actividad comunitaria para ofrecer a los pacientes que cumplan criterios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/825 ===== ***

Nº de registro: 0825

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

Autores:

CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, BAYOD CALVO CONCEPCION, ORDAS BITRIAN MERCEDES, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, ESPEJO LORENTE MONICA, BESCOS GARCIA BLANCA, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hoy en día estamos observando un envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida. Estas personas mayores sufren un deterioro de sus cualidades físicas que contribuyen a que disminuyan sus niveles de actividad física y consecuentemente también empeoran sus patologías de base. Desde nuestro Centro de Salud hemos visto que hay un porcentaje elevado de inactividad física entre nuestros pacientes y éste es mayor en el grupo de personas mayores de 65 años. Además, hay datos publicados que muestran que la inactividad física es la cuarta causa de muerte en el mundo (OMS, 2017). Por ello creemos que una intervención con actividad física en este grupo poblacional no solo va a mejorar la condición física sino también la calidad de vida y la composición corporal de estas personas. También se espera disminuir el uso de fármacos, la demanda asistencial... y consecuentemente una disminución del gasto sanitario. Este proyecto necesita la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que incluya a médicos, enfermeras y profesionales de la actividad física y del deporte. Para ello contamos con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la condición física y la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años del Centro de Salud Perpetuo Socorro que participen en la intervención, así como disminuir los niveles de inactividad física. Conseguir una adherencia a la actividad física en este grupo poblacional.

MÉTODO

Se realizará un entrenamiento multicomponente adaptado a la condición física de los participantes donde se trabajarán los componentes de la condición física relacionados con la salud (resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y resistencia a la fuerza, equilibrio y flexibilidad) en sesiones de 60-90 minutos 3 veces por semana con una duración de 5-6 meses. Además de llevarán a cabo reuniones periódicas del Equipo de Atención Primaria e interdisciplinarias, iniciales y de seguimiento, para puesta en común EAP-investigadores. Este proyecto también permite estrechar lazos con la Universidad de Zaragoza.

INDICADORES

Se evaluará la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test, así como la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica. Se pasará una encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D). Se medirá la capacidad funcional (índice de Barthel) y TAS, TAD y FC en reposo. También se valorarán posibles cambios analíticos (comparando la analítica pre y postintervención) y si hubiera un cambio en el número de asistencia a consultas (demanda), de ingresos, asistencia a urgencias, tratamiento farmacológico de patologías crónicas (según datos registrados en OMI-AP y HCE). Se valorará la alimentación mediante la cumplimentación del cuestionario de adherencia a dieta mediterránea. Se requerirá a los sujetos participantes una adherencia al programa que se definirá como la asistencia a más del 80% de las sesiones para realizar la evaluación y el análisis de la intervención.

DURACIÓN

Se pretende que el proyecto tenga una duración aproximada de un curso escolar. Inicialmente se hará una presentación del proyecto al EAP del Centro de Salud (1 ó 2 sesiones de 45-60 minutos), posteriormente se realizará el reclutamiento de sujetos (3 semanas) y se llevará a cabo la evaluación preintervención (2 semanas). La intervención tendrá una duración de unas 20-22 semanas. Finalmente se realizará la evaluación postintervención (2 semanas) y se hará el análisis de resultados (6 semanas). Se realizará una exposición de los resultados al finalizar (1 ó 2 sesiones). Se espera que este no sea un proyecto aislado, sino que tenga continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Pendiente de valoración por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA
· Profesión MATRONA
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAULES CUESTA ISABEL MARIA
BESCOS GARCIA BLANCA
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
FERNANDEZ PALMA BELEN
CORTES IZAGA MARIA
ALONSO MORTE JONATAN
URBANO PANADERO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre junio y octubre de 2018 se llevaron a cabo 3 reuniones de los miembros del equipo con las personas responsables de Caritas. Se diseñaron los talleres y se fijaron las fechas de los mismos durante el primer trimestre del curso. Los grupos de mujeres participantes los formaron desde la propia asociación. Para la elaboración de los talleres preparamos "power points" de cada tema y cuestionarios pre y post taller. Asimismo preparamos técnicas grupales: Brainstorming, fotopalabra, y role-playing. Se han realizado en total 6 talleres, cada taller lo formaban 2 grupos de aproximadamente 15 personas. Taller "Utilización correcta de servicios sanitarios, prevención de enfermedades crónicas y cv, hábitos saludables" Taller: " Vacunación en adultos y niños, cura de heridas". Taller "Salud de la mujer, prevención de ca-cx, ca-mama." Taller: "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, planificar embarazo saludable" Taller: " Primeros auxilios: actuación ante situaciones de urgencia como quemaduras, atragantamiento, PCR,..." Taller: "Nutrición Saludable" . Hemos impartido una sesión clínica en nuestro centro de salud con el fin de transmitir el proyecto al resto del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº Talleres realizados/ nº Talleres programados: 3/5 Fuente: propia
NºMujeres embarazadas: 6 Fuente: cuestionario
NºMujeres con seguimiento embarazo/nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto: 6/6 Fuente: cuestionario, HCE
Nº mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nº mujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller: 13/15 Fuente: cuestionario
Nº Mujeres con cribado de ca-cx realizado al finalizar el programa/ nº mujeres que participan en el programa con criterios de cribado: SIN MEDIR DE MOMENTO
Nº Mujeres que saben realizar ejercicios de suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/mujeres que han participado en el taller: SIN MEDIR DE MOMENTO
Un nuevo indicador que podríamos incluir y que medimos con los cuestionarios realizados es:
nº mujeres que conocen como prevenir el ca-cx tras el taller/ nº mujeres participantes en el mismo: 25/34 Fuente: cuestionario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto del presente curso todavía no ha finalizado ya que la intervención que realizamos está incluida en un programa que tiene lugar durante el curso escolar por lo que hay indicadores que todavía no hemos podido evaluar ya que no se han impartido los talleres pertinentes que están programados en estos próximos meses de marzo a junio. Por otro lado nos hemos planteado la inclusión de nuevos indicadores a través de cuestionarios pre y post intervención, también sería útil el poder pasarlos de nuevo a los 3 meses. Hay indicadores que planteamos en el proyecto inicial que se podrían medir obteniendo datos de las historias de las personas que participan en el proyecto pero no tenemos los permisos pertinentes por lo que hemos elaborado otra manera de evaluar a través de cuestionarios. Por lo que en adelante podemos continuar con los indicadores que habíamos elegido y añadir otros relacionados a fin de poder evaluar los esfuerzos y hacer cambios donde se necesiten. Una aportación al proyecto ha sido que desde la organización, Caritas, se nos propuso incluir a algunos varones en determinados talleres. Acudieron a 3 de los 6 talleres impartidos 4 varones/taller. Otra valiosa aportación al proyecto ha sido la inclusión e implicación de estudiantes de enfermería y nutrición y de médicos internos residentes de nuestro centro de salud, así como la inclusión de nuevos talleres no programados en el proyecto inicial pero que a través de las peticiones de los participantes hemos visto interesante realizar.

7. OBSERVACIONES.

Tenemos la duda de si podríamos obtener permiso para entrar en las HCE de las participantes para obtener datos que nos permitan medir algunos indicadores. Otra duda que nos surge es que la coordinadora del proyecto cambia de centro de salud, por una comisión de servicios, y querríamos saber si sería posible su continuidad en el proyecto aunque fuera como participante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1169 ===== ***

Nº de registro: 1169

Título
FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Autores:
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, PAULES CUESTA ISABEL MARIA, CALVERA FANDOS LAURA, BESCOS GARCIA BLANCA, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, FERNANDEZ PALMA BELEN, VELILLA ALONSO TERESA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.

A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.

En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos. Taller de suelo pélvico. Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.

Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.

En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover el empoderamiento de las mujeres a través de técnicas y métodos ajustados a sus necesidades.
-Mejorar el autocuidado de la mujer, dándoles a conocer diversos aspectos relacionados con la salud en las distintas etapas de la vida.
-Hacer una utilización racional y responsable de los recursos sanitarios.
-Conocer el censo de mujeres embarazadas en este colectivo.
- Objetivos específicos para cada taller.

MÉTODO
-Taller 1: Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida: Informar y mejorar el conocimiento sobre la anatomía femenina, ciclo menstrual y principales formas de prevención de cáncer femenino. Embarazo saludable.

-Taller 2: Aspectos prácticos en la elección y utilización del método anticonceptivo.

- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.

-Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.

-Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

INDICADORES
Nº mujeres embarazadas en este colectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

Nº Mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nºmujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller.

Nº mujeres con cribado ca-cx realizado al finalizar programa/nºmujeres que participan en el programa con criterios de cribado.

Nº mujeres con seguimiento de embarazo realizado/ nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto.

Nº Mujeres que saben realizar ejercicios del suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/ mujeres que han participado en el taller.

DURACIÓN

- Elaboración del programa y puesta en común con Trabajadora Social y Educadora de Caritas para la preparación de los grupos de participantes.(junio-octubre). Tres reuniones
- nº de charlas-talleres en función del número de participantes. Se trabajará con grupos de 8-12 personas. Comenzarán en octubre-noviembre y se llevarán a a cabo a lo largo del curso 2018-2019.
- Reunión en diciembre para seguimiento, evaluación de lo realizado hasta entonces y planificar los restantes talleres.
- Reunión abril-mayo para evaluación final y continuidad próximo curso

OBSERVACIONES

Es un proyecto en la comunidad y las mujeres que participan pertenecen a diferentes centros de salud de Huesca. Los objetivos específicos de cada taller no pueden ser expuestos por falta de espacio en el formulario.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHEZ RODRIGUEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión general de coordinadores del Proyecto 29/09/2018, 25/10/2018, 20/11/2018 y 22/02/2019

Los objetivos de esta fase eran:

Informar, motivar y comprometer en el proceso a todas las personas implicadas en el mismo, niños y niñas, instituciones, personas adultas acompañantes,
Reconocer los espacios

Realizar un diagnóstico participativo de la situación actual de las salas de espera, explorando posibilidades de mejora.

Fechas: se ha realizado entre los meses de octubre de 2018 a febrero del 2019.

Lugar: en el Servicio de Pediatría del Centro de Salud Perpetuo Socorro ubicado en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y en el Colegio Pío XII

Trabajo de campo:

Niñas y niños de la Comisión de salud del Proyecto Ciudad de las niñas y niños de Huesca el 23/10/2018

Niñas y niños de la Ludoteca Candeleta el 27/11/2018

Pacientes y acompañantes que han acudido a nuestras consultas durante los días 27-29/11/2018 y del 3-5/12/2018

Niñas y niños de 1º de Primaria del Colegio Pío XII el 14-15/01/2019

Niñas y niños de 5 años del Colegio Pío XII el 28-29/01/2019

Niñas y niños de 3º de Primaria del Colegio Pío XII el 4-6/02/2019

El trabajo de campo ha consistido en información del contexto, la apertura de la mirada con otros ejemplos y la exploración del espacio con el sistema de Foto-voice. Se finalizaba con una sesión de relajación-visualización con grabación sonora de cómo sería la sala de espera que imaginan.

Se han elaborado diversos paneles con explicaciones del proyecto, ejemplos de cambios de otras salas de espera, posibles temáticas para su votación, y buzón de ideas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participantes:

Han participado un total de 177 niños y niñas y 118 personas adultas acompañantes de los niños y niñas al Servicio de Pediatría.

Con los niños y niñas se recogieron sus aportaciones a través de entrevistas participativas apoyadas en los siguientes materiales:

Panel explicativo del proceso

Panel para valorar las posibles temáticas.

Panel para valorar aspectos que podrían hacer más agradable la sala de espera y las propuestas que ya teníamos.

Panel para otras ideas, sugerencias, etc. ambientado como un aeropuerto al que llegan esas ideas escritas en un papel en forma de aviones de papel.

Quedando los datos básicos del niño/niña (sexo, edad y procedencia) así como sus respuestas a las diferentes preguntas recogidas por la persona facilitadora en una hoja de registro.

En el caso de las personas adultas acompañantes se realizó a través de encuestas anónimas.

Los adultos también firmaban autorizaciones para la participación de los niños y niñas a los que acompañaban y que por edad y disponibilidad quisieran participar.

En este momento se están analizando todos los datos recogidos durante el trabajo de campo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La coordinación de los responsables en esta etapa está siendo óptima. Desde el inicio del proyecto se ha creado y fortalecido una red muy interesante de personas implicadas desde diversas entidades, con diversas disciplinas, con participación de niños de diversas edades, procedencias y situaciones personales, lo que hace del proyecto un proyecto de participación muy completo.

Se ha decidido que el proyecto sea parte de un estudio de Investigación Acción Participativa, para lo cual se ha incluido en el equipo a la profesora del Departamento de Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, Elena Lobo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Efectos no previstos: hasta el momento no se han detectado.

Difusión realizada: de momento no realizada dado la fase del proyecto donde nos encontramos. Próximamente se colocarán carteles informativos, con los resultados que vamos obteniendo, en el pasillo de pediatría, con el objetivo de que los usuarios vean la evolución del proceso.

Línea de mejora: en la rama de investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1504 ===== ***

Nº de registro: 1504

Título
"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Autores:
PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS, MARTINEZ OLIVAS SILVIA, SANCHEZ ARCUSA JOSE MIGUEL, GARRIDO JIMENEZ ISIDRO, SEBASTIAN BONED FLOR, AYLLON NEGRILLO ESTER, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

MÉTODO

Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

INDICADORES

La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

DURACIÓN

El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018

- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018

- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías,).

Octubre a diciembre de 2018:

- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:

- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:

- compra del material necesario
- realización del trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

OBSERVACIONES

Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
AGON BANZO PEDRO
SIN ABIZANDA MARIA ASUNCION
VAL LECHUZ BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se valoraron las propuestas iniciales de los niños/as, y se consensuaron las propuestas definitivas a llevar a cabo. Posteriormente se elaboró y aprobó el presupuesto para llevarlas a cabo.

Se ha realizado:

- el trabajo creativo con los niños/as de CEIP Pio XII, Ludotecas municipales y Consejo de las Niñas y los Niños para la decoración posterior de las salas de espera según las propuestas recogidas en el proceso participativo.

- la compra del material necesario. Los niños/as del Consejo, acompañados de adultos, fueron a comprar una selección de juegos para diversas edades como: domino, memory, tabu, naipes, bloques apilables, cubo Rubik y serpiente mágica.

Se han adquirido juegos de pared en concreto: laberinto de bolas magnéticas, espejo y tres laberintos de psicomotricidad fina.

Se han adquirido 15 libros para la minibiblioteca: libros cortitos, cuentos y cómics para diversas edades.

- la puesta a punto del espacio de la sala de espera para su posterior decoración por parte de los niños y niñas (trabajos de pintura base).

- se ha fabricado, con la implicación de los niños/as del Consejo, una estantería para los juegos.

- se ha valorado la esfera emocional a través de observación directa en la sala de espera y con una encuesta autorellenada por los niños/as en las consultas.

Para financiar los juegos y la pintura base del pasillo y salas de espera se ha utilizado la subvención otorgada en 2019 por la RAPPs.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Se consensó valorar de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas (Ayuntamiento, Universidad, Departamento de Educación del Gobierno de Aragón y SALUD) como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

En este aspecto, podemos decir que el grado de participación ha sido completo por parte de los integrantes de cada institución.

2º Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Ha habido más de 500 propuestas a realizar. De ellas, se consensó no llevar a cabo el cambio de los asientos, colocación de una fuente de agua, aumentar el espacio, avisar a los pacientes por altavoz, colocación de algunos juegos, adquisición de ciertos elementos para hacer manualidades, lugar para dejar los carritos, una televisión y una máquina de bebidas.

3º Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas.

Se están realizando las propuestas consensuadas excepto el bajar la altura del mostrador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El calendario previsto se está llevando a cabo.

Hemos tenido problemas con el Consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, ya que al equipo técnico con el que veníamos trabajando no se le renovó el contrato por parte del Ayuntamiento. Por lo tanto, hemos estado un tiempo sin interlocutores. Por suerte, en este momento, ya se han incorporado dos personas nuevas al Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños, por lo que hemos podido comenzar a trabajar con ellos.

No hemos encontrado apoyo económico por parte del SALUD ni hemos conseguido que se baje la altura del mostrador (algo muy reclamado por los niños y por los propios trabajadores del centro). Tendremos que valorar otras vías para conseguirlo.

Durante este mes de enero de 2020 ya han comenzado a decorar las paredes los niños/as de la ludoteca y, a partir de febrero, acudirán del CEIP Pío XII.

El proyecto continúa adelante con mucha ilusión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1504 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Nº de registro: 1504

Título
"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Autores:
PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS, MARTINEZ OLIVAS SILVIA, SANCHEZ ARCUSA JOSE MIGUEL, GARRIDO JIMENEZ ISIDRO, SEBASTIAN BONED FLOR, AYLLON NEGRILLO ESTER, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.
Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

MÉTODO

Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

INDICADORES

La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

DURACIÓN

El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018

- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018

- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías,).

Octubre a diciembre de 2018:

- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:

- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:

- compra del material necesario
- realización del trabajo

OBSERVACIONES

Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1399

1. TÍTULO

ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA VELILLA ALONSO
· Profesión MIR
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORDAN LANASPA ALICIA GISELA
PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR
ABIO SARRATE PILAR
GAVIN ANGLADA NATIVIDAD
CABAÑUZ BENEDICTO CRISTINA
CABAÑUZ LATORRE MERCEDES
FUERTES ESTALLO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron las actividades en el orden marcado en el cronograma.

En primer lugar, ante el aumento de prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) especialmente en pacientes ancianos y pluripatológicos, y la necesidad de ajustar la dosis de determinados medicamentos (como los hipoglucemiantes) a la función renal para evitar efectos secundarios, se realizó una búsqueda bibliográfica cuyos resultados se expusieron en una reunión inicial, de la que salió la necesidad de realizar un Proyecto de Mejora para la adecuación farmacológica.

En una fase inicial se vio la necesidad de determinar la prevalencia real de pacientes con ERC del área de Grañén, y su registro apropiado con Episodio en OMI de ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (U99), así como de excluir a aquellos que no la tenían. Para ello se configuró un listado de pacientes con Episodio ya creado, y otro con los datos de Filtrado Glomerular obtenido en las analíticas del año previo (2018), que se envió a cada miembro del proyecto para que revisara los pacientes de su cupo, elaborando finalmente el listado definitivo con paciente con ERC del Centro de Salud de Grañén.

Se realizó una presentación PowerPoint para explicar las indicaciones de los FARMACOS HIPOGLUCEMIANTES en virtud del grado de ERC, que deberían ser revisadas posteriormente.

En una segunda fase, se realizó un cruce del listado de los pacientes en tratamiento con fármacos hipoglucemiantes, con el listado de pacientes con Episodio de ERC (U99) por parte de la Farmacéutica de Atención Primaria, de esta forma se identificaron los pacientes susceptibles de revisión y ajuste de fármacos, y se elaboró un nuevo listado que se envió a cada facultativo responsable, para valoración individualizada de la necesidad o no de ajuste de medicación.

Posteriormente tras evaluar cada caso, cada facultativo responsable contactó con los pacientes que requerían ajuste de su medicación para actualizar la prescripción.

Una vez terminado, se realizó la evaluación de los datos e intervenciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El listado inicial previo a la intervención constaba de 293 personas con episodio abierto de ERC (U99) definida en OMI en mayo 2019. Al revisar los datos del Filtrado Glomerular extraído de analíticas realizadas a los usuarios del Centro de Salud de Grañén en el año previo (2018), se identificaron a 68 personas con el episodio definido de ERC (U99) que tenían un FG >60 el año previo, y por tanto NO cumplían criterios de ERC en la fase previa a la intervención.

Tras la primera intervención, en noviembre de 2019 se realizó una nueva extracción de episodios de ERC definidos en OMI, encontrándose 11 nuevos casos, y 70 episodios eliminados, con lo que la cifra final de pacientes con episodio de ERC en OMI fue de 234 pacientes. El indicador de nuevos pacientes sobre el total de episodios registrados de ERC en OMI fue de 4.7%, superior al estándar del 3%.

Respecto a la intervención farmacológica, en los 234 pacientes con ERC se identificaron 64 prescripciones de hipoglucemiantes que, tras su revisión, dieron lugar a 3 modificaciones (de las 7 teóricamente recomendadas), lo que supone 4.6%, que no alcanza el estándar del 5%.

Finalmente la Comparativa de pacientes con episodio de ERC hasta el 2018 y analítica de función renal hasta el año 2018 fue del 76.8% frente al 83.6% de pacientes con episodio de ERC y analítica durante 2019 fue del 83.76%, lo que supone una mejoría en el 9% de analíticas de control realizadas, superior al estándar del 5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención fue eficaz porque produjo una mejora tanto en la identificación de los pacientes con ERC y su correcta clasificación con episodio de ERC en el OMI, su seguimiento clínico así como en la adecuación farmacológica de los fármacos ajustados al filtrado glomerular.

El balance para el equipo ha sido muy positivo ya que permite una mejora en la atención sanitaria a nuestros pacientes al disminuir la morbilidad y posibles complicaciones, gracias a un trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1399

1. TÍTULO

ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1399 ===== ***

Nº de registro: 1399

Título
ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Autores:
VELILLA ALONSO TERESA, JORDAN LANASPA ALICIA GISELA, PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR, ABIO SARRATE PILAR, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, CABAÑUZ BENEDICTO CRISTINA, CABAÑUZ LATORRE MERCEDES, FUERTES ESTALLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:
? Disminuir la morbilidad asociada al efecto de los efectos adversos de la medicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

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

MÉTODO

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

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

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

Análisis de resultados y lecciones aprendidas.

INDICADORES

• Número de pacientes con nuevo episodio registrado en OMI de IRC (Descriptor: IRC, INSUFICIENCIA RENAL)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1399

1. TÍTULO

ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

CRÓNICA y NEFROPATÍA DIABÉTICA)* / Número total de pacientes con episodio registrado en OMI de IRC en el listado del día 18/05/2019. Estándar>3%. Fuente OMI.AP

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

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

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

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

DURACIÓN

• Comunicación en reunión del proyecto a todas las médicas y enfermeras del centro de Salud. ABRIL 2019.
• 1ª Fase: Identificar los pacientes con IRC. ABRIL-1º QUINCENA DE MAYO 2019. Cada miembro del proyecto los pacientes del cupo que tiene asignado.

Configurar un listado con la relación de pacientes del CS de Grañén con IRC. Posteriormente se cruzará con un listado de datos del FGE obtenido en el laboratorio de todo el año 2018.

Los pacientes sin episodio de IRC con un último resultado de FGE en 2018 inferior a 60 se reflejarán aparte para una revisión individualizada y ver si se precisa una nueva determinación para su catalogación como IRC. De igual forma si hay episodios de IRC con filtrados > 60 se revisará su procedencia en activo. Con todo ello se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.15/05/2019.

• 2ª Fase. 2ª QUINCENA DE MAYO

• Reunión de los integrantes del proyecto para elaborar un guión de las indicaciones de los FARMACOS

HIPOGLUCEMIANTES en virtud del grado de IRC.

• Descarga de los fármacos definidos asociados a los pacientes afectados de IRC. Farmacéutica AP

• Distribución por CIAS de las tablas con los pacientes IRC, último dato FGE en 2018 ó 2019, según el caso, y los fármacos hipoglucemiantes prescritos.

• Identificación de los paciente susceptibles de una revisión a tenor de las tablas proporcionadas

• 3ª Fase. Junio-Noviembre

• Los pacientes identificados se citarán en Consulta no presencial de medicina para verificar y realizar, si se precisa, el ajuste de medicamentos según los últimos datos de función renal disponibles.

• Se contactará con los pacientes que requieran el ajuste para comunicárselo y se actualizará la prescripción.

• Medición de los indicadores. Diciembre 2019-Enero 2010.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA
· Profesión MATRONA
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAULES CUESTA ISABEL MARIA
BESCOS GARCIA BLANCA
VELILLA ALONSO TERESA
CORTES IZAGA MARIA
ALONSO MORTE JONATAN
URBANO PANADERO BEATRIZ
ESPEJO LORENTE MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO Y CS SABIÑÁNIGO

De cara a favorecer la adecuada enseñanza sobre temas relacionados con la salud entre las mujeres de la comunidad, este proyecto se dividió en 2 fases. En la primera fase, desarrollada entre junio y octubre de 2018 se llevaron a cabo 3 reuniones entre los miembros del equipo y las personas responsables de Cáritas. De esta manera, se diseñaron los talleres y se fijaron las fechas de los mismos durante el primer trimestre del curso. La segunda fase transcurrió entre noviembre de 2018 y mayo de 2019, en la que se desarrollaron algunos talleres planteados inicialmente y otros que surgieron por parte de la población asistente a los mismos.

En el programa han participado un total de 40 mujeres provenientes sobre todo de Marruecos y Africa subsahariana, asimismo han participado mujeres de etnia gitana. Los grupos de participantes en cada taller los formaron desde la propia Asociación, procurando que hubiese diversidad en cada uno de ellos.

Para la elaboración de los talleres, los profesionales implicados y estudiantes que colaboraron, prepararon para cada taller presentaciones con diapositivas en formato digital y cuestionarios para la evaluación de los conocimientos antes y después de cada actividad. Asimismo se incorporaron técnicas grupales como brainstorming, fotopalabra y role-playing de cara a fomentar la colaboración de los asistentes.

Se desarrollaron en total 7 talleres. Cada taller se dividió en 2 grupos de aproximadamente 15 personas cada uno. Los temas desarrollados fueron los siguientes:

Taller 1: "Utilización correcta de servicios sanitarios, prevención de enfermedades crónicas y cardiovasculares, y hábitos saludables."

Taller 2: "Vacunación en adultos y niños, y cura de heridas".

Taller 3: "Salud de la mujer, y prevención de cáncer de cérvix y de mama."

Taller 4: "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, y planificación de un embarazo saludable."

Taller 5: "Primeros auxilios: actuación ante situaciones de urgencia, resucitación cardiopulmonar básica, quemaduras, atragantamiento..."

Taller 6: "Nutrición Saludable". Este taller constó de 4 sesiones prácticas transcurridas entre los meses de abril y mayo de 2019, de 2 horas de duración cada una, en la cocina del Palacio Duquesa Villahermosa de la Obra Social Ibercaja.

Taller 7: "Prevención de disfunciones de suelo pélvico". Este taller se dividió en 2 sesiones realizadas con un intervalo de 6 meses para poder evaluar conocimientos y hábitos adquiridos.

Con el objetivo de que todos los miembros del Equipo de Atención Primaria conocieran en profundidad el proyecto, en marzo de 2019 se impartió una sesión clínica en el Centro de Salud Perpetuo Socorro, explicando la evolución de los talleres, resolviendo posibles dudas y fomentando la implicación de nuevos profesionales sanitarios.

Para finalizar el primer año de desarrollo del proyecto, en junio 2019 se realizó una evaluación conjunta con la Trabajadora Social del centro de Cáritas, y se programaron actividades para el presente curso 2019-2020, y así poder dar continuidad a la actividad. Desde la Facultad de Nutrición Humana y Dietética se interesaron por el proyecto dado que los alumnos de 4º del grado de nutrición que rotaron en nuestro centro de salud, llevaron a cabo los talleres de nutrición junto con las dos enfermeras responsables.

Se ha contado con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza, el Ayuntamiento de Huesca y la Obra Social de Ibercaja.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos específicos que nos habíamos marcado con cada taller han sido alcanzados en gran medida. Hemos podido comprobarlo a través de los cuestionarios entregados antes y después de cada actividad, y de las opiniones transmitidas por las participantes. Además las personas voluntarias de la Asociación, que siguen trabajando con las participantes a lo largo de la semana en otras actividades, nos han indicado que gracias a estos talleres pueden establecer relaciones de confianza con las participantes.

De esta manera, hemos visto que:

- Respecto al Taller "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, y planificación de un embarazo saludable":
 - Un 70% ha mejorado el conocimiento sobre la anatomía del aparato reproductor.
 - Un 80% ha mejorado el conocimiento sobre los distintos métodos anticonceptivos así como la planificación de un embarazo saludable.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

- Durante el taller identificamos algunas dificultades que expresaban las participantes a la hora de utilizar los métodos anticonceptivos: "no sabía cómo utilizarlo", "me daba miedo", "a una vecina le fue mal", etc..., que se han podido abordar en este taller, además de desmitificar opiniones y resolver dudas.
- En relación al Taller "Prevención de disfunciones de suelo pélvico":
 - Un 70% ha mejorado el conocimiento sobre la anatomía del suelo pélvico.
 - Un 80% ha mejorado el conocimiento hábitos saludables para prevenir las disfunciones del suelo pélvico.
- Y un 60% realiza de manera rutinaria ejercicios del suelo pélvico.
- Tras el Taller "Nutrición Saludable":
 - Los participantes han incrementado el conocimiento de los aspectos que contempla una alimentación saludable y las consecuencias sobre la salud que ello implica.
 - Han desarrollado destrezas culinarias mediante las elaboraciones planteadas.
 - Se ha capacitado al grupo para reconocer un producto saludable y nutricionalmente de calidad, mediante el etiquetado nutricional.
 - Han podido mejorar el empoderamiento individual comentando sus diferentes costumbres alimenticias en dependencia de su país de origen, y transmitiendo sus recetas personales a otras personas interesadas del grupo. Es importante destacar que hemos podido observar una cobertura de un 63,6% en el cribado de cáncer de cervix entre las participantes desde que comenzó el proyecto. Por otra parte, en las consultas del Centro de Salud se ha constatado una mayor asistencia para ampliar información sobre métodos anticonceptivos, y un mejor seguimiento del embarazo por parte de mujeres embarazadas. También se ha objetivado en dichas consultas un mayor interés sobre aspectos de alimentación saludable y hábitos de vida sana y equilibrada. Las participantes manifiestan en las consultas aplicar los conceptos aprendidos sobre una vida sana en su día a día, además de realizar de manera frecuente los ejercicios aprendidos para la prevención de trastornos de suelo pélvico.
- Con respecto al taller de salud mental, finalmente no lo hemos podido llevar a cabo por la falta de disponibilidad del profesional que iba a impartirlo. Las personas implicadas en el proyecto, también desde la Asociación, tanto trabajadores como voluntarios, detectamos la necesidad de incluirlo y poder trabajar con las participantes el fortalecimiento de la autoestima, la gestión de emociones, el manejo de la ansiedad, el empoderamiento... Está pendiente poder incluirlo en el nuevo curso académico.
- Indicadores:
 - N° talleres realizados/ n° talleres programados: 4/5 (Fuente propia).
 - N° mujeres embarazadas: 10 (Fuente: HCE, cuestionario).
 - N° mujeres con seguimiento embarazo/n° mujeres embarazadas que han participado en el proyecto:10/10 (Fuente: cuestionario, historia clínica electrónica).
 - N° mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/n° mujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller: 20/22 (Fuente: cuestionario).
 - N° mujeres con cribado de cáncer de cervix realizado al finalizar el programa/n° mujeres que participan en el programa con criterios de cribado: 21/33 (Fuente: historia clínica electrónica).
 - N° mujeres que saben realizar ejercicios de suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/mujeres que han participado en el taller: 14/25
- Un nuevo indicador que hemos incluido y que medimos con los cuestionarios realizados es:
 - N° mujeres que conocen como prevenir el cáncer de cervix tras el taller/ n° mujeres participantes en el mismo: 26/34 (Fuente: cuestionario).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos que hemos recogido entre los 3 años que lleva en curso este proyecto, hemos podido comprobar que los talleres sirven para acercar la salud a la comunidad.

Entre los talleres impartidos se han incluido 3 que no formaban parte de nuestro proyecto inicial y que fueron las propias participantes las que los propusieron. Es un aspecto muy positivo ya que las necesidades expresadas por las usuarias del proyecto han favorecido la participación activa de las mismas en las actividades programadas. Hemos añadido un nuevo indicador que hemos medido a través de cuestionarios antes y después de cada taller. Este indicador nos ha resultado útil para conocer que más de un 76,4% de las participantes conocen cómo prevenir el cáncer de cervix, si bien un 63,6% con criterios de cribado lo tienen realizado. De cara a próximas sesiones podemos abordar el tema para conocer cuáles son los motivos por los que algunas participantes no realizan el cribado e intentar disipar dudas, miedos etc...

Existen indicadores que planteamos en el proyecto inicial que se podían medir obteniendo datos de las historias de las personas que participan en el proyecto, por lo que hemos pedido que nos dieran su consentimiento informado para acceder a dichos datos.

Una aportación al proyecto ha sido la inclusión de algunos varones en determinados talleres, tal y como nos propuso la organización. Acudieron a 3 de los 7 talleres impartidos 4 varones/taller.

Otra valiosa aportación al proyecto ha sido la inclusión e implicación de Médicos Internos Residentes de nuestro Centro de Salud y este último curso estamos contando también con la participación del Enfermero Interno Residente de Comunitaria en las actividades de continuidad del proyecto. Así mismo señalar la implicación y colaboración de estudiantes del Grado de Enfermería y del Grado de Nutrición. Este hecho ha supuesto que en el actual curso 2019-2020, la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte se encargue durante todo el año de los talleres de nutrición, pasando a formar parte de contenidos prácticos específicos de la Facultad de Nutrición Humana y Dietética.

Por último, al ser el tercer año que se desarrolla esta actividad en la Asociación de Cáritas, destacar que se pretende mantener, y así está siendo en el presente curso, como actividad del Centro de Salud en la que podrían implicarse otros profesionales sanitarios del centro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Hemos comprobado que realizar los talleres en la Asociación que Cáritas dispone en el barrio Perpetuo Socorro de Huesca ha supuesto una mayor respuesta e implicación de las mujeres, ya que lo perciben como un terreno amigable y propicio. La frecuentación a los talleres ha sido elevada, con alrededor de una asistencia de un 90% de las personas que estaban inscritas en cada taller.

Es importante reconocer el papel tan valioso que desarrollan las personas voluntarias de la Asociación, además de la Trabajadora Social y Educadora Social que han participado en la realización del proyecto. Destacar que dicha Asociación ha gestionado la colaboración de organismos como el Ayuntamiento de Huesca y la Obra Social de Ibercaja que han cedido el aula de dinámica y psicomotricidad del centro cívico del barrio y el aula de cocina respectivamente, donde hemos podido llevar a cabo talleres específicos.

También hemos observado como fortaleza del proyecto el acercamiento de la figura del sanitario a la población. Asimismo queremos resaltar la ayuda que nos brindó el SARES en la elaboración del proyecto.

La coordinadora del proyecto actualmente trabaja como matrona en centro de salud de Sabiñánigo pero mientras duró el proyecto estuvo en el centro de salud Perpetuo Socorro casi durante la duración total del mismo. Hemos señalado como centro de trabajo Centro de Salud los dos para evitar confusiones ya que el proyecto pertenece al AGC del CS Perpetuo Socorro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1169 ===== ***

Nº de registro: 1169

Título
FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Autores:
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, PAULES CUESTA ISABEL MARIA, CALVERA FANDOS LAURA, BESCOS GARCIA BLANCA, CASTELLON CARREERA MARIA JESUS, FERNANDEZ PALMA BELEN, VELILLA ALONSO TERESA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.

A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.

En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos.Taller de suelo pélvico.Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.

Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.

En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover el empoderamiento de las mujeres a través de técnicas y métodos ajustados a sus necesidades.
- Mejorar el autocuidado de la mujer, dándoles a conocer diversos aspectos relacionados con la salud en las distintas etapas de la vida.
- Hacer una utilización racional y responsable de los recursos sanitarios.
- Conocer el censo de mujeres embarazadas en este colectivo.
- Objetivos específicos para cada taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

MÉTODO

- Taller 1: Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida: Informar y mejorar el conocimiento sobre la anatomía femenina, ciclo menstrual y principales formas de prevención de cáncer femenino. Embarazo saludable.
- Taller 2: Aspectos prácticos en la elección y utilización del método anticonceptivo.
- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.
- Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.
- Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

INDICADORES

Nº mujeres embarazadas en este colectivo

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

Nº Mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nºmujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller.

Nº mujeres con cribado ca-cx realizado al finalizar programa/nºmujeres que participan en el programa con criterios de cribado.

Nº mujeres con seguimiento de embarazo realizado/ nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto.

Nº Mujeres que saben realizar ejercicios del suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/ mujeres que han participado en el taller.

DURACIÓN

- Elaboración del programa y puesta en común con Trabajadora Social y Educadora de Caritas para la preparación de los grupos de participantes.(junio-octubre). Tres reuniones
- nº de charlas-talleres en función del número de participantes. Se trabajará con grupos de 8-12 personas. Comenzarán en octubre-noviembre y se llevarán a a cabo a lo largo del curso 2018-2019.
- Reunión en diciembre para seguimiento, evaluación de lo realizado hasta entonces y planificar los restantes talleres.
- Reunión abril-mayo para evaluación final y continuidad próximo curso

OBSERVACIONES

Es un proyecto en la comunidad y las mujeres que participan pertenecen a diferentes centros de salud de Huesca. Los objetivos específicos de cada taller no pueden ser expuestos por falta de espacio en el formulario.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0077

1. TÍTULO

CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SANCHEZ VELILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Cs Pirineos a continuado incluido en la campaña de la OMS para mejorar la higiene de manos. Aplicación del instrumento proporcionado por el Marco de autoevaluación de la higiene de manos 2010 con el objetivo de asignar al centro de salud uno de los 4 niveles con respecto a las prácticas de higiene de manos y su promoción.
Conocido el nivel del Centro aplicar los instrumentos de la OMS para mejorar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

. Comparación antes y después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación

Puntuación año 2015 antes de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 220 (Nivel de higiene de manos Básico)
Puntuación año 2016 después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 275 (Nivel de higiene de manos Intermedio o Consolidado)
Puntuación año 2017 después de continuar las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 315 (Nivel de higiene de manos Intermedio o Consolidado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la aplicación de los instrumentos de la OMS hemos mejorado en la puntuación del marco de autoevaluación. Queda pendiente amplio margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

Autores:
SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA, JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Información/comunicación/relación con usuarios/ paciente/familiares
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). No obstante, el personal sanitario omite esta práctica en un 60% de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0077

1. TÍTULO

CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

las situaciones en las que es necesaria, por estar en contacto con los pacientes. La campaña "Salve Vidas: límpiense las manos", liderada por la OMS tiene el objeto de invertir esta costumbre. En nuestro CS se ha analizado el problema y se ha considerado como una oportunidad de mejora basándonos en la estrategia proporcionada por la OMS.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo Principal del proyecto continiar con las mejoras de las prácticas del personal del CS en la higiene de manos.
Mejorar el nivel de puntuación del CS Pirineos respecto a la anterior evaluación con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción.

MÉTODO

Inclusión del CS en la campaña de la OMS para mejorar la higiene de manos en <http://www.who.int/gpsc/5may/register/en/index.html>

Para conocer la puntuación se aplicará el instrumento proporcionado por el Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010 .De esta manera se asignará el CS a uno de los 4 niveles con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción

- Insuficiente
- Básico
- Intermedio
- avanzado

Una vez conocido el nivel del CS se aplicarán los instrumentos OMS para mejorar siendo responsables de su puesta en marcha los responsables del proyecto, dichos instrumentos están en relación con los indicadores pertinentes que figuran en el Marco, examinadas las áreas en las que se necesita mejorar se elaborará por parte de los responsables del proyecto un Plan de acción para lograr esas mejoras empezando con los instrumentos de la OMS pertinentes

INDICADORES

Comparación antes y después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del Marco de autoevaluación

DURACIÓN

Inicio Mayo 2016 Finalización Mayo 2017

Mayo 2016: Conocer el nivel el CS en el Marco de autoevaluación de la OMS. (275.- Nivel de Higiene de manos Intermedio o consolidado)

Junio 2016-Abril 2017 examinar las áreas en las que el CS necesita mejorar según los resultados de evaluación y elaborar y poner en marcha un plan de acción para lograr esas mejoras

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 - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLER BLANCO ANA ISABEL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
NAYA ATARES SERGIO
ROSICO RAMON MARIA TERESA
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
GARCIA CALVO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se propone realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes. Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente..
2. Posteriormente se comparará el diagnóstico del radiólogo con el emitido por el médico de familia para realizar un estudio de concordancia.
3. En una segunda parte del proyecto, llegado a un grado de concordancia aceptable tratará de realizar diagnósticos de sospecha para que luego los confirme o no el Radiólogo con el fin de confirmar la habilidades

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El responsable del proyecto ha recibido durante el 2016 un curso de la SEMG (Sociedad Española de Médicos generales y de Familia) con una duración de 2,4 créditos. El contenido de este curso versaba sobre ecografía cervical :Tiroides, tronco supraaortico y glándulas salivales . También tiene formación anterior acreditada de varios cursos de ecografía clínica para AP sobre ecografía abdominal, ecografía músculo esquelética y eco cardiovascular.
Se han realizado a lo largo del año 2017 dos sesiones una teórica y otra práctica sobre el ABC de la ecografía abdominal. Impartidas por el responsable del proyecto. Actualmente solo el responsable del proyecto realiza ecografías en el Centro.
Se han hecho ecografías a 68 pacientes. El número de ecografías por órganos ha sido de 201, correspondientes a el hombro (supraespinoso), tiroides, aorta, hígado, vesícula, riñón y vejiga de las cuales en AP se han detectado 53 patológicas. No se ha valorado el diagnóstico.
El grado de concordancia en Diciembre de 2017 de las 201 ecografías valoradas (Normal, Patológica), tanto en AP como por RX ha sido bueno (kappa 0,77), lo que indica un grado de acuerdo muy aceptable en esta primera valoración en cuanto a distinguir una eco normal de patológica en los órganos antes nombrados.
No se ha medido la satisfacción del paciente aunque no hubo negativas a poder repetir la eco grafía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entre las lecciones aprendidas está el paso de un diagnostico de presunción clínica aun diagnostico mas preciso clinico-ecográfico. No obstante es una técnica que requiere mucho entrenamiento y una formación regladas una perspectiva muy clínica en su utilización para AP.

7. OBSERVACIONES.

En una continuación de este proyecto se trata de pasar a un segundo nivel para identificar algunas patologías básicas y concretas, al mismo tiempo que continuar con este primer nivel para los que comienzan.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

Título
PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Autores:
CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, NAYA ATARES SERGIO, ASENSIO GRACIA MAVELI, GARCIA CALVO ANGEL, FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
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.....: Hacer ECOGRAFÍA CLÍNICA como en Cariñena

PROBLEMA

En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo "verdadero especialista" y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLINICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

MÉTODO

Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

INDICADORES

Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

DURACIÓN

1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

OBSERVACIONES

Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS

Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado

Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

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 - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAYA ATARES SERGIO
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
ALLER BLANCO ANA ISABEL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
ROSICO RAMON MARIA TERESA
GARCIA CALVO ANGEL
IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto es continuación del iniciado en el año 2016. Además del coordinador se han formado dos médicos más del EAP con el curso de 60 horas organizado por El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, que incluía un programa de ecografía clínica básica: Abdominal, Tiroides, Osteomuscular, Renourológica y Vascular. Dicha formación se ha completado con la participación en el Foro del espacio "ECOGRAFÍA EN AP (POCCUS)", un intercambio de opiniones y formación entre el grupo docente y alumnado mediante la participación donde dos médicos del EAP han subido varios casos clínicos (16) .

El coordinador del proyecto ha dado dos sesiones clínicas en el Centro de Salud, una teórica y otra práctica, para dar a conocer la ecografía clínica al resto de EAP y a los MIR de 4ª año de MF y Comunitaria que ya participan de forma diaria con los médicos de Centro que realizan ecografías.

En el último concurso de traslados se ha incorporado un médico más que realiza ecografía clínica, siendo al final cuatro los médicos los que realizan ecografías en el EAP.

Hemos sido dotados por el SALUD de un ecógrafo GE con el que se han realizando las ecografías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número total de ecografías clínicas realizadas es de 269 que se distribuyen de la siguiente forma: 83 abdominales; 61 músculo esqueléticas; 59 renourológicas; 54 de tiroides; 5 vasculares y 4 de partes blandas.

El número total de pacientes a los que se ha realizado ecografía según consta en el ecógrafo es de 256.

Se han encontrado hallazgos con sospecha de patología en 188 de las ecografías realizadas y 81 de ellas han sido dadas como normales.

Como continuación del proyectos inicial 2016, el coordinador del proyecto ha calculado la concordancia a los 101 paciente a los que ha realizado ecografía clínica, con un total de 160 ecografías: 52 abdominales; 46 renourológicas; 17 de tiroides; 38 músculo esqueléticas; 5 vasculares y 2 de partes blandas.

Salen a 1,6 ecografías /paciente pues al realizar ecografías abdominales aprovechaba para realizar renourológicas y así procedía con osteomusculares y en otros casos.

De las 160 ecografías se ha obtenido posible patología en 27 abdominales; 26 renourológicas; 9 en tiroides; 20 en músculoesquelética; 2 en vascular y 1 en partes blandas que suponen un total de 85.

Fueron derivadas a especializada que encontró patología en 82 de ellas .El índice de concordancia es de 0,92

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La ecografía clínica es de gran utilidad en AP, pues si la concordancia con especializada sigue siendo buena, algunos casos pueden derivarse al especialista correspondiente y si no hay patología no hay que hacer derivaciones innecesarias.

Si seguimos mejorando en nuestra formación y continuamos en esta línea el proyecto puede pasar a ser parte de la oferta del Centro de Salud a su población, acorde con la literatura y las diversas sociedades científicas en AP que están apoyando la implantación de esta técnica diagnóstica.

La satisfacción de los usuarios aunque no ha sido cuantificada objetivamente la consideramos buena pues todos se prestan a esta exploración y no ha habido quejas al respecto.

7. OBSERVACIONES.

Se necesita seguir la formación en ecografía al resto del equipo y hacer partícipes a los MIR de MF y Comunitaria de dicha formación.

Se necesitaría adecuar las agendas asistenciales para contemplar también esta actividad.

Otro punto importante es el espacio en que debe ubicarse el ecógrafo de forma permanente en un espacio apropiado.

Por último de cara al futuro se debería poder conectar el ecógrafo a OMI-AP y la historia Clínica Electrónica para poder incorporar esta prueba a la historia clínica del paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Título
PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Autores:
CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, NAYA ATARES SERGIO, ASENSIO GRACIA MAVELI, GARCIA CALVO ANGEL, FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
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.....: Hacer ECOGRAFÍA CLÍNICA como en Cariñena

PROBLEMA
En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo "verdadero especialista" y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos
Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLÍNICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

MÉTODO
Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

INDICADORES

Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

DURACIÓN

1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año
Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

OBSERVACIONES

Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS

Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado
Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

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 - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Fecha de entrada: 16/03/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES PEÑA ARENAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ LOMBA BEATRIZ
BARTOLOME FANDOS LOURDES
UGARTE FARRERONS SOL
LOPEZ PANO ESTELA
COARASA MONTER PILAR
ROYO ROYO SILVIA
FRANCO SANAGUSTIN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES

1. Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.

La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.

2. Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:

Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?

Sesión 2: Nutrición y Ejercicio

Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina

Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas

Sesión 5: Pie Diabético

Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos empezado el proyecto con un primer grupo de educación con 13 participantes, del 2de mayo al 6 de Junio teniendo que aumentar una sesión más a petición de los participantes. Durante el periodo vacacional hemos parado la actividad, y la retomaremos a partir del mes de Octubre.

Valorado el primer Indicador " n° de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM" Se les pasó una cuestionario de 13 preguntas el primer día, y el mismo cuestionario el último día.

El primer día el resultado fue de un 63,3 % de respuestas acertadas. El último un 73%, produciendose un aumento en un 7,7 %, por lo que si se ha producido un aumento pero quizás menos del esperado.

Creemos que esto es debido al cuestionario, revisaremos para adecuar mejor las preguntas al contenido de las sesiones.

Respecto al segundo indicador "n° de pacientes satisfechos con la actividad", No se les pudo pasar la encuesta de satisfacción por no estar acabada de diseñar por lo que no tenemos resultado de este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Acciones de mejora propuestas tras el primer seguimiento
Reevaluar el contenido del cuestionario de conocimientos
Terminar de diseñar encuesta de satisfacción

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1143 ===== ***

Nº de registro: 1143

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Autores:

PEÑA ARENAS MERCEDES, SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, BARTOLOME FANDOS LOURDES, UGARTE FARRERONS SOL, LOPEZ PANO ESTELA, COARASA MONTER PILAR, ROYO ROYO SILVIA, FRANCO SANAGUSTIN TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incorporación de los programas de educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento de la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado el mejor control glucémico y la reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque se requiere de programas educativos mantenidos y de refuerzo a lo largo del tiempo. (7)
"La participación activa del paciente en el manejo diario de la diabetes es la única solución eficaz para el control de la enfermedad y de sus complicaciones a largo plazo" (OMS).

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.
La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.
Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.
Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

INDICADORES

La evaluación se llevará a cabo mediante los cuestionarios que rellenarán de manera individual los asistentes al programa al principio de la primera sesión y después de la última sesión y que versarán sobre:
El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus.
Modificaciones de conducta en la vida diaria.
Importancia del control del nivel glucémico en la enfermedad.
Satisfacción del proyecto a nivel de usuario.
Los indicadores a utilizar:
Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM tras la intervención de las 5 sesiones.
Número de pacientes satisfechos con el programa.

DURACIÓN

El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:
Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?
Sesión 2: Nutrición y Ejercicio
Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina
Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas
Sesión 5: Pie Diabético.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ SANCHEZ LOMBA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRANCO SANAGUSTIN TERESA
CANUDO AZOR MARIA DOLORES
UGARTE FARRERONS SOL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
ROMAN ESCARTIN MANUELA
LAMORA PALLAS ESTHER PIRINEOS
BETRAN COARASA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. PROCESO

· ORGANIGRAMAS

· Organigrama planificación y proceso:

· 06/06/17: Decisión de iniciar un proyecto comunitario en el Centro de Salud (C.S.).

· 23/06/17: Análisis de situación, conformación del equipo de proyecto y primeros planteamientos de la

Escuela de Salud.

· 21/07/17: Establecimiento de población diana y redacción de indicadores.

· 17/08/17: Propuesta a enfermería para realizar el primer taller de la Escuela de Salud y decisión de realizarla sobre inhaladores por las necesidades detectadas. El primer taller lo proponen los profesionales hasta que haya mayor difusión entre los pacientes de la Escuela de Salud. Se fijan fechas, contenido y población a la que va dirigido.

· 01/09/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 14/09/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre inhaladores.

· 27/09/17: Análisis de evaluaciones.

· 28/09/17: Reunión conjunta entre responsable y matrona para fijar fechas, contenidos y población diana

para el segundo taller de la Escuela de Salud sobre ejercicios de suelo pélvico.

· 6/10/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 18/10/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre ejercicios de suelo pélvico.

· 27/10/17: Análisis de evaluaciones.

· 01/11/17: Reunión conjunta entre responsable de proyecto y fisioterapeuta para fijar fechas, contenidos y perfil de pacientes para el taller sobre higiene postural.

· 03/11/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 15/11/17: Revisión de contenidos del taller de higiene postural.

· 24/11/17: Análisis de evaluaciones.

· Organigrama comunicación:

· 16/06/17: Comunicación al equipo de Atención Primaria del C.S. la intención de iniciar un proyecto comunitario acorde a las necesidades que hayan detectado.

· 07/07/17: Presentación al resto de personal del C.S la Escuela de Salud.

· 1/09/17: Comunicación al resto del equipo de salud la fecha de realización del primer taller que será sobre inhaladores, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten participar. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· 27/09/17: Tras recibir las evaluaciones del primer taller se reciben bastantes propuestas de los participantes para que realicemos un taller sobre ejercicios de suelo pélvico; por lo que solicitamos la colaboración de la matrona para realizar un taller sobre este tema.

· 6/10/17: Comunicación al resto del equipo de salud incluyendo a las administrativas la fecha de realización del segundo taller que será sobre ejercicios de suelo pélvico, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· 30/10/17 : Contacto con fisioterapia con la propuesta de hacer un taller sobre ergonomía postural por petición de los usuarios del centro.

· 3/11/17: Comunicación al resto del equipo de salud el contenido, la fecha de realización y la población a la que va dirigida el tercer taller de la Escuela de Salud que será sobre higiene postural, para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten participar. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· Organigrama actividades:

· 26/09/17: PRIMER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE INHALADORES.

· 26/10/17: SEGUNDO TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO.

· 23/11/17: TERCER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE HIGIENE POSTURAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

2. MATERIALES

- Usados:
 - Documentos en papel: Folletos informativos para que repartan todos los profesionales en su consulta, hojas de inscripciones para administrativas. Documentos de refuerzo de conocimientos para pacientes en los dos primeros talleres.
- Material didáctico:
 - Taller inhaladores: sillas, mesa, proyector, ordenador, inhaladores de prueba con mecanismos diferentes de uso.
 - Taller suelo pélvico: sillas, proyector, ordenador, materiales de muestra de diferentes dispositivos que existen en el mercado para refuerzo del suelo pélvico.
 - Taller higiene postural: Colchonetas.
- Recursos para pacientes:
 - Taller Inhaladores: documento explicativo y recordatorio sobre el uso del inhalador que usaban. Encuesta de satisfacción.
 - Taller suelo pélvico: documento explicativo de beneficios de realización de ejercicios de suelo pélvico, rutina de ejercicios para realizar en domicilio y posibilidad de hacer seguimiento individualizado de progresos desde consulta de la matrona. Encuesta de satisfacción.
 - Taller de higiene postural: Encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque en el planteamiento inicial no se fijó unos estándares mínimos en los indicadores dado a la novedad del proyecto respecto a otros llevados a cabo en el centro la evaluación de los objetivos que podemos realizar es la siguiente:

- Evaluación del objetivo general:
 - El objetivo general de proyecto se ha cumplido en gran medida ya que 2/3 de los talleres planteados fueron por los pacientes e iban encaminados a desarrollar estrategias en prevención de salud aplicables y útiles según han valorado los pacientes en su vida diaria.
 - Los talleres seguían una metodología de impartición dinámica y participativa en la que los pacientes dirigían en gran parte la orientación de los objetivos y actividades de la sesión solventando sus inquietudes.
 - Asimismo se les hizo partícipes en todo el proceso del proyecto, desde su planificación (teniendo posibilidad de sugerir temas) implantación (adecuando la actividad a sus necesidades) y evaluación (su opinión forma parte de los indicadores a medir y pueden expresar sus opiniones así como sus necesidades sentidas).
 - Por todo ello, creemos que este proyecto sigue una línea acertada para empoderar al paciente y reforzar sus conocimientos para mejorar su autonomía y autorresponsabilidad en cuanto a la salud.
- Evaluación de los objetivos específicos:
 - Aumentar la participación comunitaria: En el conjunto de los talleres se consiguió una participación total de 19 pacientes diferentes. 2 de ellos repitieron en uno de los siguientes talleres impartidos. Por lo que la participación es mayor que en la media de los proyectos anteriores llevados a cabo en el centro. La edad media de participación fue de 61,75 años. Un 66,6% de los asistentes fueron mujeres.
 - Involucrar al paciente en su salud: Los pacientes en 2/3 de los talleres fueron ellos los que decidieron el tema a desarrollar en el siguiente taller según sus necesidades expresadas. Y participaron en todas las sesiones de manera activa y adecuando los talleres para que pudieran seguir poniendo en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas en su día a día.
 - Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades: La participación era voluntaria por lo que todos ellos compartían esas inquietudes o necesidades a abordar.
 - Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud: algunas de las necesidades detectadas fueron por parte del paciente y otras por parte de los profesionales. Por lo que los talleres abordaban problemas detectados desde ambos lados de la visión de salud.

4. METODOLOGÍA

- Metodología para la recogida de información de la evaluación:
 - Encuestas de satisfacción
 - Registro de inscripción y asistencia.
- Indicadores cuantitativos y cualitativos:
 1. N° de sugerencias recibidas:
 - a. Por profesionales del centro: 5 verbales
 - b. Por usuarios del centro: 7 sugerencias escritas y numerosas verbales
 2. N° de pacientes que participan en cada taller:
 - a. La participación total en los tres talleres fue de 21 pacientes. 19 diferentes en todos ellos.
 - b. La participación desglosada por taller en % según plazas ofertadas fue:
 - i. Taller inhaladores: 60%
 - ii. Taller suelo pélvico: 100%
 - iii. Taller higiene postural: 63%
 3. N° de talleres realizados: contenido. En total se realizaron 3 talleres de manera mensual. El contenido fue muy diverso entre ellos y dirigido a poblaciones diferentes para conseguir una participación más universal, conseguir una mayor difusión del proyecto y llegar a poblaciones más difíciles de captar en consulta y que al ofrecerles recursos más dinámicos y participativos donde veían un beneficio más directo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

para su día a día acudían a las sesiones .

4. N° de profesionales que participan: Se involucraron la mayoría de los profesionales del centro (admisión, enfermería, matrona, fisioterapeuta, medicina, pediatría...) cada uno desempeñando una función que contribuyó a sacar el proyecto adelante (difusión, propuestas, captación, impartición de taller, recogida de encuestas, registro de asistencia).

Tal y como se pretendía en el planteamiento inicial se consiguió que el proyecto se desarrollase de manera multidisciplinar impartiendo talleres dirigidos por personal de las diferentes categorías profesionales del centro.

5. Grados de conocimiento/ habilidades adquirido antes y después de los talleres: el 95% de los pacientes expresaron como muy útil los conocimientos adquiridos para su vida cotidiana y un 5% como útiles.

6. Grado de satisfacción de los pacientes: el 100% consideraba que habían cumplido sus expectativas y recomendaría el taller.

- Comparación de los cambios al inicio (análisis del problema) y al final:
- Se consiguió involucrar a las diferentes categorías profesionales del centro y pacientes en un proyecto comunitario:
- Captación y difusión: medicina y enfermería.
- Dirección de taller: enfermería, fisioterapia y matrona.
- Registro de pacientes: admisión
- Necesidades detectadas: profesionales y pacientes.
- Evaluación: profesionales y pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Evaluación de los objetivos no alcanzados:
- Hubiese sido positivo continuar con los talleres para abarcar mayor número de temas, mayor participación de otras categorías profesionales y llegar a mayor población.
- Aunque no se realizó curva de conocimientos posteriormente se reforzaba a nivel individual en consulta a los pacientes sobre las habilidades aprendidas.
- Faltó mayor difusión a los pacientes de las actividades que se iban a realizar ya que en alguno de los talleres faltaron plazas por cubrir.

5. CONCLUSIONES

Aunque todos los participantes valoraron como útil los talleres, es cierto que también consideraron como positivo ampliar el número de sesiones de cada temática de talleres para aumentar y fijar los conocimientos y habilidades aprendidas en este primero, por lo que sería positivo una vez identificadas algunas de las necesidades expresadas por los pacientes ampliar el número de sesiones de cada taller.

Asimismo, sería positivo mejorar la difusión y realizar un mejor y exhaustivo análisis de la población que pertenece al centro de salud para garantizar una equidad en la atención y acceso a los talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1311 ===== ***

N° de registro: 1311

Título
ESCUELA DE SALUD

Autores:
SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, FRANCO SANAGUSTIN TERESA, CANUDO AZOR MARIA DOLORES, UGARTE FARRERONS SOL, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, ROMAN ESCARTIN MANUELA, LAMORA PALLAS MARIA ESTHER, BETRAN COARASA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

PROBLEMA

Este proyecto trata de dar respuesta a las nuevas inquietudes de salud de los ciudadanos, poniendo en práctica los nuevos paradigmas emergentes enfocados a la Salutogénesis del individuo, dejando atrás un modelo patriarcal y enfocado en la patogeneidad y teniendo en cuenta la diversidad de grupos de población y necesidades que acoge este Centro de Salud.

Se pretende combinar la educación para la salud, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar los conocimientos de la población y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud y la promoción de salud, que tiene como finalidad empoderar a los ciudadanos, es decir, responsabilizarles en la defensa de la salud propia y colectiva.

Gracias a la amplia variedad de profesionales de la salud que conforman el Centro, es viable este proyecto y lo capacita para dar una atención interdisciplinar, integral y de calidad, en el que se incluye la prevención (primaria, secundaria y terciaria), el tratamiento, la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración y socialización) y la promoción de salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud) en todas las esferas bio-psico-sociales del individuo, abordándolas desde las tres áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Generales:
 - Mejorar y dotar al paciente de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar las necesidades que haya identificado.
- Específicos:
 - Aumentar la participación comunitaria
 - Involucrar al paciente en su salud
 - Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades
 - Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud.

MÉTODO

- La difusión se realizará indirectamente mediante carteles y folletos informativos y de manera directa por los profesionales del Centro de Salud.
- Quedarán a la disposición de los pacientes un buzón de sugerencias donde puedan dejar sus propuestas de temas a tratar.
- Según el número de peticiones se elegirá cada mes el tema del siguiente taller grupal.
- Se llevará a cabo en el Centro de Salud en una sala acondicionada para la actividad que se vaya a realizar.
- Las sesiones serán interactivas y dinámicas en las que primará la participación de los pacientes.
- Cada sesión será dirigida por uno o varios profesionales de salud del Centro según el área del tema a tratar.

INDICADORES

- Indicadores:
 - Porcentaje de satisfacción de los asistentes
 - N° de asistentes a las sesiones
 - Porcentaje de pacientes que refiere haber ampliado sus conocimientos o habilidades sobre el tema de salud tratado.
 - Porcentaje de pacientes que indica que los conocimientos adquiridos son útiles para su vida diaria.
- Evaluación:
 - Mediante encuestas tras las sesiones.

DURACIÓN

- La duración del proyecto será de un año en el que se impartirán sesiones/talleres mensuales.
- Cada sesión/taller tendrá una duración de una hora.

OBSERVACIONES

Se podría plantear una ampliación de un tema concreto tratado en uno de los talleres desglosándolo en varias sesiones en caso de identificar un gran interés o necesidad de la población.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO CASTILLON FANTOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CALVO ANGEL
CHAVERRI ALAMAN EVA
TORRIJO CASCANTE MIGUEL ANGEL
FRANCO SANAGUSTIN MARIA TERESA
CLAVER GERMAN ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DOS SESIONES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES INFORMATIVAS EN JUNIO Y NOVIEMBRE RESPECTIVAMENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUNQUE EN LA GLOBALIDAD DEL EQUIPO NO SE HAN OBTENIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS, EL 70% DE LOS PROFESIONALES HAN CONSEGUIDO EL OBJETIVO SEGÚN EL NUMERO DE PACIENTES EXTRAIDO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
IMPOSIBILIDAD ACTUAL DE SABER DE QUÉ PACIENTES SE TRATA DESDE EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA. EN AÑOS ANTERIORES EXISTÍA DICHA HERRAMIENTA Y SI SE VOLVIERA A IMPLEMENTAR, MEJORARIAN LOS RESULTADOS EN AÑOS POSTERIORES INFORMAR DE MANERA PERSONALIZADA A LOS PROFESIONALES QUE NO HAN CONSEGUIDO EL OBJETIVO

7. OBSERVACIONES.
SI SE CONOCIERA EL NOMBRE DE LOS PACIENTES PODRIAMOS AVERIGUAR SI SE TRATA DE TRATAMIENTOS DE CORTA DURACIÓN QUE QUEDARIAN EXCLUIDOS DE ESTOS LISTADOS.
CONSIDERAMOS IMPORTANTE SEGUIR CON EL PROYECTO DADO QUE SE PODRIAN MEJORAR LOS RESULTADOS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/770 ===== ***

Nº de registro: 0770

Título
INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Autores:
CASTILLON FANTOVA ANTONIO, LAMORA PALLAS ESTER, LUESMA GUIRAL MIGUEL, TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL, CLAVER ALFREDO, CHAVERRI EVA, ESCAR RIVERA MARIA ISABEL, AGUARON JOVEN EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW) Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

MÉTODO

Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas. Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW. Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia. Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW. En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

INDICADORES

Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos
Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya con TW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP
Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

DURACIÓN

Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto.
Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo.
En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto
En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO CASTILLON FANTOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMORA PALLAS ESTER
LUESMA GUIRAL MIGUEL
TORRIJO CASCANTE MIHUEL ANGEL
CLAVER GERMAN ALFREDO
CHAVERRI ALAMAN EVA
ESCAR RIVERA MARIA ISABEL
AGUARON JOVEN EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tres sesiones de equipo, multidisciplinar, explicando las consecuencias de la terapia Triple Wammy consensuando el protocolo de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disminución de 32% de pacientes en tratamiento con TW a fecha diciembre 2018 en la población diana

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Metodología, tanto por parte de Medicina como de Enfermería para identificar pacientes en terapia con TW y modificar el tratamiento

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría continuar con el proyecto durante el año 2019 y conseguir disminuir en más del 50% a los pacientes en terapia con TW

*** ===== Resumen del proyecto 2018/770 ===== ***

Nº de registro: 0770

Título
INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Autores:
CASTILLON FANTOVA ANTONIO, LAMORA PALLAS ESTER, LUESMA GUIRAL MIGUEL, TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL, CLAVER ALFREDO, CHAVERRI EVA, ESCAR RIVERA MARIA ISABEL, AGUARON JOVEN EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW) Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año
Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LAIATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

MÉTODO

Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas. Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW. Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia. Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW. En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

INDICADORES

Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos
Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya con TW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP
Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

DURACIÓN

Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto.
Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo.
En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto
En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1198

1. TÍTULO

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LAURA ELFAU GRACIA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTO RUIZ ELENA
BETRAN COARASA LUCIA
ANQUELA GRACIA DABI
VERA BLASCO NAUSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Cumplimiento del calendario previsto:
-10/05/19 Envío de circular explicativa a todos los coordinadores de los centros de AP de Huesca urbano definiendo los criterios de derivación y prioridad urgente. Ese mismo día se implanta el proyecto.
-20/09/19 Se realiza una evaluación inicial de resultados obtenidos y se envían los datos a la coordinadora de los proyectos Ana Aller. Se decide mejorar la recogida de datos de cara a estadísticas finales, recogiendo el centro AP desde el cual el paciente es derivado.
-10/10/19 Se envía de nuevo información al centro AP Santo Grial a petición de la coordinadora de docencia. Se comenta realizar una sesión clínica explicando el proyecto/resultados.
-Actividades realizadas:
-Revisión diaria del registro informático de pacientes enviados por el médico de AP en ese mismo día, para determinar cuáles de ellos cumplen los criterios para la inclusión en dicho programa.
-Valoración fisioterápica inicial e inicio del tratamiento en un periodo máximo de 3-5 días tras la derivación.
-Recomendaciones que incluyen: reposo relativo y posición declive, baños de contraste, crioterapia y ejercicios circulatorios a realizar por el paciente en el domicilio.
-Inicio precoz de un programa de ejercicios en tres fases: circulatorios, tonificantes y propioceptivos.
-Inicio precoz del tratamiento fisioterápico pautado según las necesidades del paciente que puede incluir: terapia manual, ultrasonidos, crioterapia, electroterapia analgésica tipo TENS y kinesiotaping.
-Modificar la inmovilización convencional por un vendaje neuromuscular funcional, que permite un apoyo precoz, posibilidad de calzado habitual y comodidad en el aseo personal ya que el vendaje se puede mojar.
-Reeducación de la marcha precoz, con retirada progresiva de apoyos.
-Elaboración de una hoja estadística para conocer el grado de beneficio alcanzado tras la intervención para la evaluación y seguimiento del proyecto hasta 31/12/19.
-Recursos necesarios: médicos de AP, fisioterapeutas centro AP Pirineos, sala de fisioterapia, aparato de US y de electroterapia, colchonetas, esterillas, tabla Freeman, tabla Boheler, Bosu, paralelas, balón Bobath, pelotas, cloruro de etilo. Aportado por el paciente: rollo de vendaje de kinesiotape o vendaje neuromuscular.
-Acciones realizadas para comunicar resultados: sesión clínica pendiente a partir de Febrero 2020 para dar a conocer en los diferentes centros de AP de Huesca urbano, los resultados alcanzados y las actividades realizadas en este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Resultados alcanzados, indicadores y relación con el estándar:
-Pacientes atendidos: 62
- Exploración inicial del paciente y tratamiento:
--% pacientes atendidos antes de 3 días: 77,41%
--% pacientes atendidos entre 3 y 5 días: 9,67%
--% pacientes atendidos después de 5 días: 12,90%
- Tiempo de incapacidad temporal (IT) hasta alcanzar la normalidad anatómica y funcional de la articulación: sólo un 17,74% del total de la población diana atendida presentaban una situación de IT de los cuales:
--% de pacientes que reciben el alta antes del tiempo estándar contemplado por el INSS:
9,67% del total
--% de pacientes que reciben el alta dentro del tiempo estándar contemplado por el INSS:
1,61% del total
--% de pacientes que reciben el alta después del tiempo estándar contemplado por el INSS:
6,45%
-Días hasta la incorporación del paciente a sus AVDs: 1,91días de media
-Evaluación del dolor con la Escala numérica en la exploración inicial y al final del tratamiento:
--% de pacientes en los que ha disminuido 3 o más puntos el dolor: 64,51%
--% de pacientes en los que ha disminuido 2-3 puntos el dolor: 29,03%
--% de pacientes en los que ha disminuido 2 o menos puntos el dolor: 6,45%
- Adquisición de una marcha eficiente sin ayudas técnicas al final del tratamiento:
-- Variable dicotómica: SI 96,77% /NO 3,22%

Los indicadores demuestran que hemos alcanzado los objetivos propuestos y su relación con el estándar, realizando una mejora de la práctica clínica y unificando la exploración y tratamiento interexaminador frente a esta patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1198

1. TÍTULO

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

-La valoración de llevar a cabo este proyecto de calidad es positiva, repercutiendo en la calidad asistencial y la rápida asistencia a pacientes diagnosticados de esguinces de tobillo grado I y II que influye de manera directa en la pronta recuperación y la incorporación precoz a las AVDs e incorporación laboral, si es que se presenta una situación de IT.

-Como sesgo, señalar que ha habido un 6,45% de pacientes que han abandonado el tratamiento y por lo tanto, no son evaluables los resultados. También un 9,67% de pacientes que no han podido ser evaluados correctamente por haberse realizado una derivación errónea, complicaciones del proceso por las que ha sido necesario derivar al especialista o incapacidad de evaluación por falta de información en la recogida de datos.

-Sostenibilidad del proyecto y posible replicación: El proyecto es sostenible aunque supone una carga de trabajo extra para el servicio de fisioterapia del centro AP Pirineos ya que el citar al paciente de manera preferente, supone muchas veces forzar el nº de pacientes atendidos ya que las agendas normalmente están completamente saturadas y es necesario ver al paciente como extra para alcanzar los objetivos estándar. El suministro del material del vendaje neuromuscular o kinesiotape, evitaría que el paciente tuviera que costearlo económicamente.

7. OBSERVACIONES.

-No se han recogido los datos de qué centro de AP viene derivado cada paciente, que sería interesante si se realizan futuras ediciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1198 ===== ***

Nº de registro: 1198

Título
TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

Autores:
ELFAU GRACIA LAURA, BUSTO RUIZ ELENA, BETRAN COARASA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

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
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

MÉTODO
- Previamente a la implantación del programa, se envió una circular explicativa a todos los coordinadores de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1198

1. TÍTULO

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

los centros de AP de Huesca urbano donde se definieron los criterios de derivación de los esguinces de tobillo grado I-II al Servicio de fisioterapia del CS Pirineos. Dicha derivación, queda registrada en el sistema informático y es revisada, ese mismo día, por los 2 fisioterapeutas con el objetivo de asignar cita para primera consulta con la mayor brevedad posible.

- Valoración inicial e inicio del tratamiento en un periodo máximo de 3-5 días tras la derivación.
- Recomendaciones que incluyen reposo relativo y posición declive, baños de contraste, crioterapia y ejercicios circulatorios a realizar por el paciente en el domicilio.
- Inicio precoz de un programa de ejercicios en tres fases: circulatorios, tonificantes y propioceptivos.
- Inicio precoz del tratamiento fisioterápico pautado según las necesidades del paciente que puede incluir: terapia manual, ultrasonidos, crioterapia, electroterapia analgésica tipo TENS y kinesiotaping.
- Modificar la inmovilización convencional por un vendaje neuromuscular funcional, que permite un apoyo precoz, posibilidad de calzado habitual y comodidad en el aseo personal ya que el vendaje se puede mojar.
- Reeduación de la marcha precoz con retirada progresiva de apoyos.
- Elaboración de una hoja estadística que permita conocer el grado de beneficio alcanzado tras la intervención, con objeto de realizar un estudio retrospectivo para la evaluación y seguimiento del proyecto.

INDICADORES

Se establecerá hoja estadística que permita obtener los siguientes indicadores:

- Exploración inicial del paciente y tratamiento:
 - % pacientes atendidos antes de 3 días
 - % pacientes atendidos entre 3 y 5 días
 - % pacientes atendidos después de 5 días
- Tiempo de incapacidad temporal (IT) hasta alcanzar la normalidad anatómica y funcional de la articulación:
 - % de pacientes que reciben el alta antes del tiempo estándar
 - % de pacientes que reciben el alta dentro del tiempo estándar
 - % de pacientes que reciben el alta después del tiempo estándar
- Días hasta la incorporación del paciente a sus AVDs
- Evaluación del dolor con la Escala numérica en la exploración inicial y al final del tratamiento:
 - % de pacientes en los que ha disminuido 3 o más puntos el dolor
 - % de pacientes en los que ha disminuido 2-3 puntos el dolor
 - % de pacientes en los que ha disminuido 2 o menos puntos el dolor
- Adquisición de una marcha eficiente sin ayudas técnicas al final del tratamiento:
 - Variable dicotómica: SI/NO

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ALAYETO GASTON
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAMBA MORER BARBARA
SANCHEZ LUCAS NAIARA
GIL PELEATO EVA
CARCELLER TEJEDOR AMAYA
CALVERA FANDOS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISION BIBLIOGRAFICA
SELECCIÓN PROTOCOLOS Y TESTS
CONFECCION PROTOCOLOS
COMIENZO USO PROTOCOLOS DESDE ABRIL 2018
LOS PROTOCOLOS ESTAN GUARDADOS EN DOCUMENTO WORD Y UTILIZADOS POR LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE NEUROPSICOLOGIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CONFECCION E INCORPORACIÓN DE 5 TIPOS DE PROTOCOLOS DE EXPLORACION:

-DETERIORO COGNITIVO MAYORES DE 65 AÑOS
-ESCLEROSIS MULTIPLE
-ABUSO DE ALCOHOL
-TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO
-HIDROCEFALEA

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DESDE ABRIL DE 2018 HASTA ENERO DE 2018: 145 PERSONAS

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS MISMO PERIODO DE 2017: 128 PERSONAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reducir el tiempo requerido por paciente a través de la implantación del uso de protocolos por objetivos de evaluación permite incrementar la eficiencia del servicio ofrecido, permitiendo atender mayor número de pacientes (preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos).

Por otro lado, los protocolos son subsidiarios de mejora continua, han de estar basados en la literatura científica sin perder de vista que al mismo tiempo han de adecuarse a los objetivos planteados desde las distintas unidades derivantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/114 ===== ***

Nº de registro: 0114

Título
PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Autores:
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, MORER BAMBA BARBARA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GIL PELEATO EVA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, CALVERA FANDOS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En marzo de 2016 se pone en funcionamiento el Programa de Neuropsicología, dentro del Servicio de Atención Continuada de la especialidad, en el hospital San Jorge de Huesca. En estos momentos el programa se lleva a cabo por un residente de psicología bajo la supervisión de psicólogo adjunto, durante dos tardes (de 4 horas) a la semana. Desde su puesta en funcionamiento las derivaciones de pacientes por parte de los diversos servicios (neurología, psicogeriatría, UHB de psiquiatría, unidades de salud mental...) para la realización de exploraciones neuropsicológicas ha aumentado considerablemente. Se hace necesario reducir el el tiempo requerido por paciente sin que redunde en la calidad de las exploraciones. Se plantea para ello la confección de protocolos de evaluación (por objetivos de evaluación) que permitan incrementar la eficiencia del servicio, preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es poder evaluar a los pacientes derivados a la unidad según diferentes protocolos de evaluación neuropsicológica confeccionados por objetivos de evaluación, una vez revisada la literatura, seleccionados los tipos de protocolos y los test y baterías que compongan cada uno de ellos. Con ello se optimizará el procedimiento de evaluación, reduciendo drásticamente el tiempo previo dedicado a la selección de pruebas (hasta ahora de forma individualizada), este ahorro de tiempo redundará en: mejor atención, incremento de pacientes evaluados, realización de tareas (corrección de pruebas, realización de informes)...

MÉTODO

- 1.- REVISION BIBLIOGRAFICA: Revisar los protocolos realizados por otras unidades : A cargo del residente bajo supervisión psicólogo adjunto.
- 2.- ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: Una vez revisada la literatura y teniendo en cuenta las particularidades de la demanda atendida se elegirán los distintos tipos de protocolos (ejemplos de posibles tipos de protocolos: protocolo para casos de sospecha de demencia en personas mayores de 65 años; protocolo para casos de personas con historial de abuso de tóxicos, protocolo para casos de TCE, ACV...etc)
- 3.- SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS que compondrán los distintos protocolos de evaluación: Seleccionar aquellos que se adapten a las necesidades de la unidad y requerimientos del tipo de demanda.
- 4.- CONFECCION DE LOS PROTOCOLOS
- 5.- COMENZAR EXPLORACIONES SEGUN PROTOCOLOS
- 6.- EVALUACION: Protocolos de evaluación y nº de pacientes explorados por tipo de protocolo

INDICADORES

- 1.- PROTOCOLOS CONFECCIONADOS: Tipos de protocolo según objetivos de evaluación y test y baterías que componen cada uno de los tipos de protocolo.
- 2.- Nº DE PACIENTES EVALUADOS POR PROTOCOLO CONFECCIONADO

Pacientes que se benefician de cada uno de los tipos de protocolo confeccionados

DURACIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO DEL PROYECTO: 1 DE MARZO 2018

FIN DEL PROYECTO: indefinido

CRONOGRAMA:

- 1 y 2: REVISION BIBLIOGRAFICA y ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: MARZO 2018
- 3 y 4: SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS y CONFECCION PROTOCOLOS: MARZO DE 2018
- 5.- EXPLORACIONES SEGÚN PROTOCOLOS: A PARTIR DE DE ABRIL 2018
- 6.- EVALUACION: JULIO 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0032

1. TÍTULO

DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE PARA EL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE MARIAN ALAYETO GASTON
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARCELLER TEJEDOR AMAYA

CALVERA FANDOS LAURA

GIL PELEATO EVA

MORER BAMBA BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Revisión y selección de las distintas plataformas on line de estimulación cognitiva. Fin de la revisión en abril de 2019

- Para ello se han utilizado distintas fuentes: universidades (UOC, Universidad de Almería), webs especializadas y bases de datos, otros profesionales (psicogeriatría, neurología, otros neuropsicólogos), asociaciones de usuarios y familiares (Asociaciones de Alzheimer, asociaciones de daño cerebral adquirido)

- Se revisan y seleccionan también páginas web que editan ejercicios de estimulación cognitiva en formato cuaderno, ya que muchos pacientes bien no disponen de un ordenador, o bien no están familiarizadas con su uso (personas de edad avanzada).

2.- Confección de un documento donde se recoge la descripción y las principales características de las alternativas seleccionadas. Mayo de 2019

3.- A partir de junio de 2019 tiene lugar la difusión de dicho documento para los pacientes potencialmente beneficiarios. En la mayoría de los casos ha sido necesaria la colaboración de los familiares, debido a las características de los pacientes (personas mayores, deterioro cognitivo diverso...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde junio de 2019 hasta la fecha son 54 personas las que han pasado por el programa de neuropsicología para ser valoradas. 23 de ellas se estimaron como potencialmente beneficiarias de un entrenamiento en estimulación cognitiva (43% del total de pacientes explorados): 8 personas de estas 23, ya habían incorporado un entrenamiento de este tipo, bien porque acudían regularmente a talleres de memoria en sus localidades, bien porque recibían apoyo y seguimiento en diversas asociaciones o bien a través de la ayuda proporcionada por sus familiares.

Al resto, a 15 personas y familiares acompañantes en su caso (el 65% de las personas potencialmente beneficiarias de entrenamiento en estimulación cognitiva) se les entregó y explicó los beneficios de la estimulación cognitiva, se explicaron brevemente las distintas alternativas on line para poder realizarla en sus casas, así como las áreas cognitivas donde incidir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Respecto a los objetivos y expectativas iniciales consideramos se han cumplido, si bien también apreciamos algunas necesidades de cara a la sostenibilidad y mejor aprovechamiento futuro del proyecto.

En la mayoría de los casos no se ha podido comprobar si estos pacientes han incorporado el entrenamiento cognitivo, posibles dificultades que han podido tener, el grado de satisfacción o la eficacia del mismo. Esto es así porque aunque algunos de los pacientes es posible que vuelvan a ser derivados para valoración de seguimiento (anual normalmente), de otros muchos, una vez enviado el informe neuropsicológico al profesional que derivó el caso, ya no volvemos a tener más conocimiento. Se tiene en cuenta de cara a mejorar el programa en el futuro. Por otro lado, este programa requerirá continua actualización, ya que cada vez hay más materiales y recursos on line disponibles.

Finalmente, no se nos escapa que la situación ideal futura sería que el programa de neuropsicología no solo realizara funciones de apoyo diagnóstico (y/o valoración de secuelas), si no que pudiera incluir la rehabilitación neuropsicológica (en su concepción más amplia) del pacientes y atención a la familia, de forma guiada e individualizada; más teniendo en cuenta el creciente envejecimiento poblacional y problema de salud pública asociado que supone el deterioro cognitivo asociado a enfermedades de tipo neurodegenerativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/32 ===== ***

Nº de registro: 0032

Título

DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE AL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0032

1. TÍTULO

DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE PARA EL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

Autores:
ALAYETO GASTON MARIAN, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, CALVERA FANDOS LAURA, MORER BAMBA BARBARA, GALAN TORRES LETICIA, GIL PELEATO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Deterioro cognitivo, daño cerebral
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2016 se inicia el Programa de Neuropsicología en el Servicio de Psiquiatría del HG San Jorge. Desde entonces se han atendido más de 600 personas derivadas desde otros Servicios (neurología, psicogeriatría, salud mental...) para realizar la valoración de las funciones cognitivas, con frecuencia el carácter es apoyo diagnóstico. La mayoría de estas personas padecen deterioro cognitivo en distinto grado, pudiendo beneficiarse de entrenamiento en estimulación cognitiva, la cual se ha mostrado efectiva para mejorar el funcionamiento cognitivo. Por el momento, desde la red de salud pública de Aragón no existe la posibilidad de realizar una rehabilitación neuropsicológica integral ni llevar a cabo un entrenamiento de este tipo. Este entrenamiento podría llevarse a cabo en los hogares de los propios pacientes, bajo la supervisión de los familiares en algunos casos, a través de plataformas on line; muchas personas desconocen su existencia y utilidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1.- Fomentar la rehabilitación cognitiva mediante ejercicios de estimulación cognitiva a los pacientes con deterioro cognitivo que acuden para ser valorados neuropsicológicamente al Programa de neuropsicología
2.- Facilitar dicho entrenamiento a través de la difusión de las páginas web y plataformas on line especializada en estimulación cognitiva a las personas que puedan beneficiarse de su uso (a valorar tras la exploración neuropsicológica realizada)

MÉTODO

1.- Revisar y seleccionar las alternativas para el entrenamiento en estimulación cognitiva disponibles on line través de fuentes fiables (universidades, webs especializadas, otros profesionales, bases de datos, asociaciones de usuarios y de familiares...)
2.- Confeccionar documento con el listado y la descripción de las características de las alternativas seleccionadas.
3.- Impresión copias del documento para su difusión en la consulta.

INDICADORES

Número de pacientes que pueden beneficiarse potencialmente y a los cuales se les entregará el documento con la alternativas

DURACIÓN

1.- Revisar y seleccionar las alternativas para el entrenamiento en estimulación cognitiva disponibles on line través de fuentes fiables (universidades, webs especializadas, otros profesionales, bases de datos, asociaciones de usuarios y de familiares...) abril 2019
2.- Confeccionar documento con el listado y la descripción de las características de las alternativas seleccionadas. mayo 2019
3.- Impresión copias del documento y difusión del mismo en la consulta. junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1451

1. TÍTULO

TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SASO BOSQUE
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODERA LLENA MANUEL
RETORTILLO MUÑOZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado tripticos y poster : "COMO SALVAR UN DIENTE DEFINITIVO VOLANDO" .

Se han distribuido los poster en:

- todos los centros de salud (consultas de pediatria) del sector Huesca

- todos los colegios publicos y concertados de Huesca capital

Los tripticos se han distribuido en centros escolares a alumnos de 2º primaria, asi como a profesorado.

Asimismo se han realizado charlas educativas respecto a como actuar ante un traumatismo dental, dada la importancia de la precocidad de tto.

-Curso para medicos, que incluyo tema sobre traumatismos, impartido en la unidad docente

-Atencion insitu a escolar accidentado en patio de recreo, con fractura incisivo central. Localizacion fragmento e instrucciones.

-ningun caso de avulsión en consulta de centro de salud pirineos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aproximadamente 500 escolares, 50 profesores (y alumnos en practicas)

Los profesores y todos los centros tienen expuesto en lugar visible el protocolo a seguir en caso de fracturas o avulsion dental y actuan inmediatamente,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El pabij incluye desde el año en que que cumplen 6 y hasta el año que cumple 13 (discapitados 16). La actividad educativa en colegios se centra en 5-(que ya cumplen 6 y por tanto entran), 6 y 7, en general.

La idea de mejora es ampliar mas edades en cuanto al tema de traumatismos para el curso proximo. Y sobre todo, que sepan que esta asistencia esta cubierta por parte del odontologo de atencion primaria, ya que hemos detectado a

traves de encuestas realizadas en colegios que muchos padres no tienen este conocimiento,

7. OBSERVACIONES.

Destacar la importancia del tema, ya que ahora es muy improbable que un niño pierda un diente anterior (incisivos) por caries, siendo los traumatismos los que representan la causa de pérdida por no haber actuado correctamente en la media hora posterior al traumatismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1451 ===== ***

Nº de registro: 1451

Título

ATENCION A LOS TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

Autores:

SASO BOSQUE MARIA JOSE, RETORTILLO MUÑOZ MARIA, CODERA LLENA MANUEL, HIDALGO OLIVARES GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: TRAUMATISMO DENTAL-AVULSIÓN

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

ACTUACIÓN INMEDIATA EN LOS CASOS DE TRAUMATISMO EN GENERAL Y AVULSIONES Y FRACTURAS DE PERMANENTES EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1451

1. TÍTULO

TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

PARTICULAR:

REPOSICION DEL FRAGMENTO FRACTURADO Y REIMPLANTACION INMEDIATA DEL DIENTE AVULSIONADO.
CONTROL RADIOGRAFICO Y FERULIZACIÓN SI FUERA NECESARIA.

RESULTADOS ESPERADOS

ATENCION TEMPRANA A LOS TRAUMATISMOS DENTALES
CONSERVACIÓN DEL DIENTE PERMANENTE EN BOCA.
(LA ACTUACIÓN INMEDIATA ES FUNDAMENTAL PARA LA VIABILIDAD DE LA PIEZA)

MÉTODO

INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN DIANA, FAMILIARES Y DOCENTES EN CENTROS DE SALUD Y COLEGIOS RESPECTIVAMENTE MEDIANTE TRIPTICOS INFORMATIVOS, CHARLAS EDUCATIVAS Y POSTERS.

INDICADORES

REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DIVULGATIVAS EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD Y ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS.

DURACIÓN

YA SE HA EMPEZADO A REALIZAR LA PARTE EDUCATIVA EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD.
SE HA SOLICITADO TAMBIEN EL MATERIAL NECESARIO PARA MEJORAR LA ATENCION Y PODER REALIZAR RADIOGRAFIAS,
REPOSICIONES Y FERULIZACIONES PROPORCIONANDO ASI UNA ASISTENCIA COMPLETA Y NO SOLO ORIENTATIVA COMO SE VENIA REALIZANDO HASTA AHORA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1328

1. TÍTULO

TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIDALGO OLIVARES GONZALO
RETORTILLO MUÑOZ MARIA
CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE
SASO BOSQUE MARIA JOSE
IZQUIERDO MARTINEZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar se realizaron reuniones de todos los componentes del equipo (los viernes) para planificar el taller y valorar el taller según la edad, así como el reparto de tareas de cada uno.

Cuando acuden a la revisión, acompañados de los padres, se les ofrece el taller si cumplen con los indicadores propuestos: gingivitis, índice cod mayor de 3, índice CAOD mayor de 1, acúmulo de placa o dieta cariogénica.

Se informa del programa al personal administrativo, a los colegios a través de las charlas llevadas a cabo por uno de los componentes del equipo y a los pediatras mediante sesiones clínicas.

Los materiales empleados han sido: cepillos dentales, pasta dentífrica, revelador de placa bacteriana, servilletas, vasos desechables, baberas plastificadas, panel informativo realizado por el personal del equipo, alimentos de juguete para clasificar en juguetes, fantoma y cepillo didáctico.

Talleres realizados en grupos reducidos, en sala de reuniones anexa a las consultas, a ser posible en edades similares, y posteriormente pasaron a cepillarse delante de los profesionales, tras la utilización de un revelador de placa bacteriana, en cuarto de baño contiguo a las consultas de la unidad de salud bucodental.

También clasificaron los alimentos en grupos según su grupo cariogénico y se les ha informado del azúcar oculto en los alimentos.

La actividad se ha realizado una vez por semana, de una duración aproximada de 45 minutos.

Las higienistas han sido las que han realizado los talleres, supervisadas por los odontólogos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han participado un total de 153 pacientes, de los cuales:

153 tenían acúmulo de placa
153 tenían dieta cariogénica
66 tenían gingivitis
55 tenían índice CAOD mayor de 1
70 tenían índice cod mayor de 3
27 procedían del centro de salud Pirineos
66 procedían del centro de salud Santo Grial
23 procedían de centro de salud Perpetuo Socorro
5 procedían del centro de salud Huesca Rural
3 procedían del centro de salud Almudévar
3 procedían del centro de salud Sariñena
4 procedían del centro de salud Grañen
2 procedían del centro de salud Ayerbe

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se aprecia una mejoría generalizada en la técnica de higiene, la desaparición de la gingivitis y el conocimiento del azúcar oculto en los alimentos, así como de los momentos de mayor riesgo de consumo de caries. Creemos conveniente seguir realizando la actividad.

Se redujo el tiempo previsto de actividad (de dos sesiones semanales a una), se amplió el tiempo de duración del mismo y se aproximó al horario de salida de los colegios para facilitar la adhesión al programa.

7. OBSERVACIONES.

Queremos agradecer la buena disposición de los profesionales del equipo a pesar de suponer un aumento de la carga de trabajo, de los del centro de salud por cedernos una sala de mayor tamaño para poder realizarlos en mejores condiciones y el apoyo de la dirección para facilitar el material necesario.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1328 ===== ***

Nº de registro: 1328

Título
TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1328

1. TÍTULO

TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Autores:
RIVERO GRACIA YOLANDA, HIDALGO OLIVARES GONZALO, RETORTILLO MUÑOZ MARIA, SASO BOSQUE MARIA JOSE, CODERA LLENA
MANUEL ENRIQUE, IZQUIERDO MARTINEZ CLARA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: caries y enfermedad periodontal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora de la higiene y alimentación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MELENDO MORENO MARIA PILAR
GONZALEZ TORRES EDUARDO
RIVILLA MARUGAN LAURA
RIO ABARCA TERESA
LABARTA BELLOSTAS MARIA
CINCA MONTERDE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Febrero 2018: reunión Equipo Atención Primaria /ASAPME/ Trabajador Social Comarca y Equipo de Salud Mental.
Mayo y septiembre 2018: reunión de coordinación del responsable del Centro de Salud con responsable de ASAPME
Mayo 2018: explicación del proyecto en la facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte (Universidad de Zaragoza, campus de Huesca), como parte de la asignatura "ejercicio físico en poblaciones específicas". En esta actividad nos acompañaron profesionales y usuarios de AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental) y se proyectó el documental "Y si te dijeran que puedes, Premio Somos Pacientes 2018 como la "Mejor Iniciativa de concienciación social"
Octubre 2018: excursión el domingo 28 octubre de usuarios, familiares y profesionales, de 3 horas de duración y con visita a una Ermita de la zona.
Diciembre 2018: "Vermut navideño"

Se ha realizado 1 sesión semanal de ejercicio físico durante todo el año ininterrumpidamente (46 sesiones), con una duración media de 1 hora. Una vez al mes la sesión se ha prolongado con 1 hora de ejercicio dirigido por la fisioterapeuta del Centro de Salud (estiramientos y propiocepción).
En alguna de las salidas nos ha acompañado personal del Grupo de Montaña de Sabiñánigo con propuesta de rutas por su parte.

Se ha incorporado la actividad al blog de "Estrategia Atención Comunitaria Aragón", para que los profesionales de la zona puedan ofrecer el proyecto como un recurso más a los usuarios que crean necesarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Participación usuarios: entre 6-11 personas por sesión. De ellos la participación de voluntarios "sanos" ha oscilado entre 1 y 4. Medido mediante registro de asistencia.
- N.º de usuarios que asistieron a la primera sesión (INDICADOR 1): 14 usuarios.
- Número de usuarios que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: 9 en total. Corresponde a un 64% del número inicial de usuarios (superior al 40% de los indicadores)

-Participación de profesionales de distintas entidades comunitarias: en todas las sesiones ha habido un mínimo de un profesional: terapeuta ocupacional de Asapme, personal del Centro de Salud (medicina, enfermería, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, administrativo) o personal de Comarca (trabajador social). Su implicación ha sido constante y muy bien coordinada.

-Se ha conseguido crear una rutina semanal de ejercicio sin realizar ningún parón, ni siquiera en vacaciones estivales y navideñas.
En algunos usuarios que tenían nivel previo de actividad limitado, se observa mejora en capacidad de actividad física, ya que inicialmente paraban al poco del inicio de la actividad y ahora pueden completar el mismo recorrido que el resto.

- Se ha conseguido que varios de los usuarios realicen ejercicio no sólo el día de la actividad sino en sesiones fuera del programa.

-Socialización significativa entre los usuarios, interacción no dirigida entre ellos, satisfacción percibida entre usuarios (observación directa, principalmente a cargo de profesional de Asapme). Algunos de los participantes han asumido el rol de líder, en caso de que sea necesario desagregar el grupo por la diferente capacidad física de los asistentes, alguno de los voluntarios se coordina con el profesional para hacer dos grupos según nivel.
-Aunque no estaba prevista inicialmente la monitorización de parámetros analíticos, y de hecho no se ha hecho de forma reglada, en los dos diabéticos del grupo se ha observado una mejora significativa de su control metabólico (sin cambios en tratamiento) pasando uno de ellos de una HBA1C de 8 en diciembre 2017 a 7,4 en junio 2018. La otra usuaria presentaba HBA1C de 8 en agosto 2017 y 6,8 en agosto 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La principal conclusión: es una actividad muy bien acogida tanto por los usuarios como por los profesionales. A parte del ejercicio físico como herramienta terapeuta fundamental de salud físico-psíquica, se ha trabajado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

el estigma de la enfermedad mental. Ha dejado de ser importante reconocer a qué grupo pertenecen las nuevas incorporaciones.

-Efecto no esperado: llegan nuevas incorporaciones al grupo con distintas problemáticas como son el aislamiento social, miedo a caminar sola por problemas de audición, pacientes en recuperación tras quimioterapia....

-Objetivo no cumplido: Sigue sin poder cumplirse la hora semanal de ejercicio en el agua con monitor, debido al cambio de empresa encargada de servicios municipales.

-Áreas de mejora: Se han colocado carteles distribuidos en el municipio para promover la iniciativa de los paseos y recordarlo de forma continuada a la ciudadanía en general. También está previsto editar una cuña de radio dentro de la sección de actividades culturales de la zona.

7. OBSERVACIONES.

La excursión extra tiene muy buena acogida entre los asistentes y está prevista realizar otra en primavera. Se intentará ofertar esta actividad al menos dos veces al año. En este punto se nos plantea el problema de que no disponemos de transporte hasta el punto de partida (Comarca puede ofrecer vehículo, pero no los fines de semana); ni seguro de responsabilidad para la actividad. En la única ocasión en que se ha realizado los usuarios firmaron un documento de descargo de responsabilidad. También se intentará realizar actividades conjuntas con AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1530 ===== ***

Nº de registro: 1530

Título
SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA O MARTIN ADOLFO, ANDRES RUIZ AINHARA, RIO ABARCA TERESA, GARCIA ALVAREZ PEDRO, LABARTA BELLOSTA MARIA, CANO SANCHEZ MARGARITA, CINCA MONTERDE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico. Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

MÉTODO
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos. La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento. La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

INDICADORES

Indicador nº 1

Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios

Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10

Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)

Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

DURACIÓN

Inicio en Octubre 2017. Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

OBSERVACIONES

Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Fecha de entrada: 24/12/2018

2. RESPONSABLE TERESA RIO ABARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FERRER VIRGINIA
VICENTE CAMPOMANES ELBA
PICKFORD SARA
HERNANDEZ AGUSTIN LUISA
LABARTA BELLOSTAS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Soprt e comunicacion entre profesionales At continuada/At primaria
-Sesiones (dispositivos de via aerea, desfibrilador manual, codigo infarto) y curso formativo 20h de urgencias en el ambito de at primaria en el Hosp Jaca.
-Actualizaciones de los set de urgencias se añadio un set nuevo de acidemia propionica.
- Revisiones semanales y mensual de sala de urgencias y maletin coche

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se considera adecuada la formacion realizada ya que no se pudo impartir el taller de RCP pero se cumplio con sesiones y curso formativo.
El soporte de comunicacion funciono adecuadamente los primeros meses, despues se ha obsevado una disminucion de casos.
Aumento del % de cumplimiento de revisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir los sets de urgencias y parto en rev periodicas al igual que el nuevo desfibrilador.
Mejorar e insistir en el panel de soporte pa comunicaciones.
Anotar los problemas en hoja de incidencias y enviar al Coordinador.
Se hara propuesta para modificar las pautas de revisiones de la sala y malentin, incluyendo al personal que no haga guardias en At primaria.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a incluir en el programa los nuevos componentes anteriormente mencionados ya que ni Mar lobarda ni Marta Mañe permanecen en este centro.
Queremos establecer una mejora en el carro de paros y la sala donde se guarda las botellas de O2 hay que revisarla y hablarlo con el coordinador.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Autores:
RIO ABARCA TERESA, MAÑE GODE MARTA, LORBADA PACHECO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables. Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada. También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta línea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061.
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia.
Facilitar la atención a la emergencia.

MÉTODO

En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada. Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñanigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración. También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias). Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias.

INDICADORES

1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñanigo (hoja de firmas).
2/ Grado de cumplimentación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias.

DURACIÓN

Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñanigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes. En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado). Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales.

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 - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE TERESA RIO ABARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAÑE GODE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha establecido como vía de comunicación entre los profesionales de primaria y los de atención continuada un corcho en el área de urgencia, donde se informa de pacientes críticos, terminales, ingresados etc
- Se han realizado 3 sesiones sobre código infarto: 1/ SESIÓN GENERAL 2/ CASOS CLÍNICOS 3/ DERIVACIONES ESPECIALES ECG (hoja de firmas de asistentes)
Se han formado dos profesionales del centro en código ictus (fin de formación Diciembre 2017). Realizarán sesión para el centro en Enero 2018
-Se ha actualizado el set de ANAFILAXIA elaborado en proyecto previo acorde a nueva guía del SALUD
-Se ha organizado un nuevo SET de atención a lactante con ACIDEMIA PROPIÓNICA por un caso grave declarado en nuestro área
- Se ha continuado con las revisiones del área de urgencias y el maletín de domicilios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la revisión del área de urgencias y el maletín de domicilios. La revisión del maletín se ha completado de forma mensual (con una sola excepción) como estaba programada. La revisión del área de urgencias, aunque se ha mejorado con respecto a anterior valoración, no se ha hecho de forma semanal como estaba previsto, con un mínimo de 1 vez al mes y un máximo de 4.
No se ha conseguido realizar sesión conjunta con UME de Sabiñanigo por cambios en personal de la misma (motivos ajenos al centro de salud)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente mejorar perioricidad revisiones urgencias
Pendiente actualización RCP
Una medida sencilla como un corcho en urgencias ha mejorado comunicación sobre pacientes críticos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Autores:
RIO ABARCA TERESA, MAÑE GODE MARTA, LORBADA PACHECO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada
También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta línea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia
Facilitar la atención a la emergencia

MÉTODO

En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada
Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñánigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración
También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias)
Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias

INDICADORES

1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñánigo (hoja de firmas)
2/ Grado de cumplimentación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias

DURACIÓN

Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñánigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes
En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado)
Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales

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 - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Fecha de entrada: 17/12/2017

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO MARTIN ADOLFO
BANDRES FRANCO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Octubre 2016: reunión con responsables de las dos residencias de nuestra localidad (enfermería en un caso, auxiliar de enfermería y personal de dirección en otro) para explicar el proyecto y coordinar las acciones
- A partir de Noviembre 2016 : iniciamos la cita de las consultas administrativas de las residencias como "demanda no presencial", de forma que puedan gestionarse de la forma menos disruptiva posible en consulta
Coincidiendo con la vacunación anual de gripe se procede a actualizar la vacunación antineumocócica de los usuarios institucionalizados que carecían de ella, quedando vacunados prácticamente el 100% de los residentes.
Los facultativos realizan una valoración de qué residentes se beneficiarían de la vacunación indicada en pacientes de riesgo y se procede a su remisión a consulta Medicina Preventiva H. Jaca.
Los nuevos ingresos en residencia son citados como "domicilios programados" a su médico de referencia, de forma que, se realiza visita al nuevo ingresado en plazo de 1 mes; en el plazo de 1 semana si la institucionalización ha sido motivada por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente)
-Se instaura OMI en las dos residencias geriátricas
-Enero 2017: sesión clínica a cargo del centro de salud sobre manejo del SARM en residencias geriátricas, con asistencia de enfermería y auxiliares de ambas residencias
- Junio-Julio 2017: todos los usuarios institucionalizados son citados como "domicilio programado" con su médico de referencia. Esta cita sirve a modo de recordatorio para que el profesional realice al menos una valoración anual de la evolución del paciente: si ha habido cambios en situación basal, revisión de medicación crónica, revisiones pendientes etc.
-Octubre 2017: reunión equipo para valorar estado del proyecto y áreas de mejora
-Diciembre 2017: sesión con servicio de Geriátrica sobre anciano frágil (pospuesta a Enero por circunstancias del ponente)
Reunión con responsables de residencia para recordar / actualizar objetivos del programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1: del total de nuevos institucionalizados desde Noviembre, se procede a valorar cuántos tienen su situación basal anotada en OMI (se han excluido de esta medición los fallecidos, los ingresos temporales y los pacientes <65 años que ingresaron por causa psiquiátrica y/o social):
- TOTAL NUEVOS INGRESOS: 21
13 SI anotada situación basal en OMI / 8 NO anotada
INDICADOR 2: nº de citas programadas de revisión anual que se tradujeron en actuación por parte del facultativo de atención primaria (se midió revisando las citas programadas realizadas en Junio y Julio, valorando en OMI si se habían traducido en solicitud de analítica, revisión de medicación, visita programada o actualización (tipo derivación a geriatría, revisión de situación basal etc)
de 114 CITAS PROGRAMADAS citadas: 42 se tradujeron en actuación (36% del total)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha supuesto una mejora en la coordinación con las residencias de nuestra localidad, con una mayor implicación del profesional de atención primaria en el seguimiento de estos pacientes, una mejora de la cobertura vacunal y una optimización de la anotación en la historia clínica de estos usuarios. Creemos que esto redundará en mejora de la seguridad, disminuyendo posibilidad de errores y mejorando la calidad de la atención en estos pacientes que, a pesar de ser en su mayoría pluripatológicos y polimedicados, en muchos casos estaban recibiendo menos atención que otros usuarios en las mismas condiciones
ÁREAS DE MEJORA: al valorar el nº de residentes que tenían su situación basal anotada, se detectó gran variabilidad en el lugar de anotación de las mismas. En reunión de equipo se decidió unificar criterios y anotarla en "avisos" al profesional.
Se detectó también un error (no identificado) al citar el domicilio programado anual de uno de los cupos: sólo fueron citados 4 pacientes
En los últimos meses del año (coincidiendo también con cambios de personal en ambas residencias), se ha detectado una disminución de observancia de los ítems acordados: citas programadas de nuevos institucionalizados, informar a facultativo de ingresos hospitalarios de residentes, valoración vacunal de nuevos ingreso....Se procederá a recordar los objetivos y actuaciones a los profesionales de la residencia

7. OBSERVACIONES.

El 2º indicador que en un principio nos proponíamos medir (nº de nuevos institucionalizados que tiene su situación basal anotada en historia de papel de la residencia) ha sido sustituido por otro. El motivo es que comprobamos que dicha anotación era realizada por personal de la residencia con lo cual no era una forma válida de medir la actuación del equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/847 ===== ***

Nº de registro: 0847

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA O MARTIN ADOLFO, LORENTE AZNAR TEROFILO, BANDRES FRANCO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGICOS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a usuarios de residencias es especialmente compleja por tratarse en su mayoría de pacientes pluripatológicos.
La visita a estos pacientes suele realizarse a última hora de la jornada laboral, existiendo a veces un infrarregistro en los historiales de estos usuarios
La carga de trabajo administrativo que se genera desde las residencias es habitualmente alta, no estando organizada en las agendas de los profesionales
Una de las residencias que asistimos dispone de atención facultativa, y muchas veces delegamos el seguimiento de estos pacientes. Sin embargo la complejidad de los mismos exige optimizar su atención por parte de todos los implicados, no siendo deseable que el médico de atención primaria asuma el papel de mero gestor administrativo o disponible únicamente para casos de urgencia
Por otro lado, el facultativo de la residencia no tiene acceso a información de historia clínica electrónica como los facultativos del SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
1.Organizar el trabajo administrativo generado desde las residencias, realizándose de la forma menos disruptiva posible para el profesional del SALUD
2.Mejorar la coordinación con el facultativo de la residencia que dispone de él
3.Aumentar la implicación de los facultativos del SALUD como profesionales de referencia de los usuarios institucionalizados
4.Disponer de una historia clínica actualizada de estos usuarios
5.Estar al día de los nuevos ingresos de residentes, sobre todo de aquellos con patología médica importante
6. Mejorar la seguridad del paciente, minimizando errores provocados en el proceso de institucionalización (cambios en su medicación habitual tras ingreso hospitalario, pérdida de revisiones por especializada etc)
7. Optimizar la cobertura vacunal de estos pacientes

MÉTODO
Las citas administrativas se gestionarán como "demanda no presencial" para que el profesional disponga de hueco específico para ellas
Los profesionales del centro de salud tendrán notificación de cada nuevo ingreso de residente asignado a su cupo y se comprometen a realizar una visita inicial a dicho residente en el plazo de 1 mes .Si se trata de un ingreso motivado por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente) la visita se intentará realizar en el plazo de 1 semana.
Cada usuario de la residencia tendrá recogido en su historia clínica (tanto de OMI como de papel en la propia residencia) la situación basal del residente, de manera que el personal que atienda a dicho usuario de manera puntual, pueda contar con esta información.Dicha historia de papel en la residencia también recogerá las visitas del personal del SALUD, ya sea de su médico/enfermero, como de personal MAC/EAC.
Por parte de la residencia se aportará fotocopia de los informes médicos de los residentes, tanto de hospitalización como de consulta por especializada
Los médicos del centro de salud nos comprometemos a realizar de forma anual una valoración de la evolución de cada uno de los usuarios que tenemos asignados. En esta valoración se prestará atención a revisión de medicación crónica.En el caso de la residencia que dispone de facultativo, se comentarán sugerencias con él.Para que sirva de recordatorio se citará anualmente a cada médico un DOMICILIO PROGRAMADO de los residentes que tiene asignados
Por parte del centro de salud se priorizará la vacunación de los pacientes institucionalizados
Se invitará a los profesionales sanitarios de la residencia a las sesiones clínicas que estén relacionadas con atención al paciente geriátrico, y se les mantendrá actualizados sobre las novedades que puedan surgir que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

impliquen a pacientes de su competencia

INDICADORES

1. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en OMI
2. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en la historia de la residencia

DURACIÓN

Noviembre 2016: tras reunirnos con los responsables de las residencias, nos empezaran a informar de cada nuevo ingreso, que se citará como domicilio programado de medicina y enfermería
Junio 2017: se citará a cada médico un domicilio programado de todos los residentes asignados a su cupo, para que revise si ha habido cambios significativos en situación, revise medicación etc
En septiembre 2017 se evaluarán indicadores

OBSERVACIONES

Se solicitará a Gerencia la implantación de OMI en los ordenadores de que dispone la residencia

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: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 21/12/2017

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALINIS ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Mayo hasta Noviembre de 2017 se ha llevado a cabo la formación del profesional de atención primaria, mediante 10 días de rotación en consulta de Dermatología H. de Jaca.
En Octubre 2017 se realizó una reunión del equipo de atención primaria para informar a los profesionales
Desde Octubre 2017 se crearon en la agenda del profesional formado a tal fin, huecos de consulta programada para que otros profesionales pudieran remitir a sus pacientes para valoración dermatoscópica: 3 huecos semanales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han valorado un total de 15 pacientes en la agenda creada a tal fin (no incluye a los pacientes del cupo del profesional formado en dermatoscopia, que son valorados en demanda normal)
- 9 pacientes se consideró que no cumplían criterios de remisión a Dermatología
- 1 paciente fué remitida por vía rápida habilitada en este proyecto de mejora, por sospecha de melanoma; tiempo de espera 1 día. Diagnóstico tras extirpación :nevus displásico
-2 pacientes se remitieron de forma preferente, con una espera media de 50 días y con diagnóstico en ambos casos de carcinoma basocelular
-3 pacientes se remitieron por vía normal, con una media de espera de 80 días. Pendientes valoración en Enero, sin diagnóstico actual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar del corto desarrollo del programa hasta ahora, la impresión es que se podrá mejorar la precocidad en el diagnóstico y tratamiento de lesiones malignas, con una excelente respuesta por parte de la dermatóloga de referencia en el único caso sospechoso de melanoma (valorado en 1 día). Esto se verá facilitado también desde primaria al disminuir el número de derivaciones (la mitad de los pacientes valorados al dermatoscopio no fueron remitidos)
Áreas de mejora: creemos imprescindible ampliar la formación del médico de referencia en el centro de salud, para lo cual realizará un curso intensivo de 3 días durante el mes de Abril
Efectos no esperados: además de las patologías inicialmente incluidas en el programa (lesiones con criterios de cáncer cutáneo o atipia), se ha mejorado la resolución de otras patologías (inflamatorias, micóticas etc). Al mejorar la vía de contacto con la dermatóloga de referencia, otras patologías no demorables por lo sintomáticas (aunque no fueran sospechosas de malignidad), también se han beneficiado de su valoración temprana, compartiendo imágenes vía portal del empleado (previo consentimiento explícito del paciente) y adelantando la cita cuando se ha considerado necesario por parte de especializada

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1267 ===== ***

Nº de registro: 1267

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, GARCIA MALINIS ANA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados por el médico de familia

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
- Fomentar la relación primaria / especializada
- Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

MÉTODO

Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referral Guidelines for suspected cancer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria

Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más. Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas pro otros compañeros

Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

INDICADORES

Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:

- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
- Media de tiempo (días) entre la remisión desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
- Diagnóstico de las patologías remitidas
- A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

DURACIÓN

Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017

Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017

Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017

Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

OBSERVACIONES

En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica

Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)

Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALINIS ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han valorado un total de 50 pacientes por la persona formada en dermatoscopia.Estos pacientes eran citados en un hueco específico de la consulta de la responsable del proyecto.

Durante el 2018 esta médico de familia ha ampliado su formación en dermatoscopia mediante curso presencial de 3 días (subvencionado por ella misma)
Además de la vía inicialmente prevista se inició una vía de interconsulta de dudas con dermatología compartiendo archivos digitales vía portal del empleado (previo consentimiento de los pacientes), formato `por el que se han consultado 24 pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 50 pacientes valorados: 28 NO fueron REMITIDOS a otro nivel / 14 fueron remitidos PREFERENTE y 8 fueron remitidos por vía NORMAL
El tiempo medio de espera de los pacientes preferentes fué de 65 días, salvo para las 2 sospechas de melanoma que fueron 11 días (3 días en un caso y 20 en otro)
De las dos sospechas de melanoma, el diagnóstico fué nevus displásico en un caso y el otro no acudió a especializada por cambio de domicilio (paciente desplazado). El resto de diagnósticos de patología preferente remitida fueron: 2 nevus displásicos / 3 nevus azules / 2 carcinomas escamosos / 2 carcinomas basocelulares/ 1 enfermedad Bowen/ 1 pendiente / 1 no acudió

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si bien es cierto que la valoración de las sospechas de melanoma fué precoz, la espera del resto de patología preferente la consideramos excesiva. Aunque en el momento actual se ha reducido considerablemente ese tiempo de espera, las dos participantes de este proyecto han decidido aunar esfuerzos en un nuevo proyecto que mejore la calidad de las derivaciones a dermatología desde primaria, incidiendo en la remisión precoz de patología melanocítica dudosa y la no remisión de patología meramente estética. Dicho proyecto se realizará a lo largo de 2019

También han observado la utilidad de la vía de compatir imágenes en esta especialidad en concreto, y por ello plantean la instauración de la tele dermatología como un objetivo importante a lograr en el plazo más corto posible.

Este proyecto de mantiene como proyecto de continuidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1267 ===== ***

Nº de registro: 1267

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, GARCIA MALINIS ANA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA

En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados por el médico de familia

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
- Fomentar la relación primaria / especializada
- Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

MÉTODO

Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referral Guidelines for suspected cancer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria
Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más
Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas por otros compañeros
Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

INDICADORES

Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:

- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
- Media de tiempo (días) entre la remisión desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
- Diagnóstico de las patologías remitidas
- A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

DURACIÓN

Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017
Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017
Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017
Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

OBSERVACIONES

En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica
Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)
Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 16/12/2017

2. RESPONSABLE MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIO ABARCA TERESA
LABARTA BELLOSTAS MARIA
CINCA MONTERDE CARMEN
LORBADA PACHECO MAR
RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 2017: reunión EAP y equipo salud mental. Puesta en común del proyecto, lluvia de ideas, reclutamiento de voluntarios, análisis de viabilidad. Organización de contacto con entidades
Desde Mayo a Septiembre: contacto con activos en la comunidad (trabajadores sociales comarca, deportes ayuntamiento, asapme, centro de mayores...)
Septiembre 2017: reunión EAP y asapme para organización y calendario
Desde Septiembre 2017: captación candidatos en consultas
INICIO INTERVENCIÓN: 8 NOVIEMBRE. Se ha realizado 1 sesión semanal de ejercicio físico, con una duración de entre 1:15-1:45 minutos.TOTAL: 6 sesiones. FECHAS: 8/15/22/29 Noviembre y 13 Diciembre (próxima 20 Diciembre). En todas ellas se ha caminado un mínimo de 45 minutos seguidos de estiramientos y/o relajación. Una vez al mes la sesión ha finalizado con 1 hora de ejercicio dirigido por fisioterapeuta del centro de salud (estiramientos y propiocepción).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-participación usuarios: entre 7-11 personas por sesión. De ellos la participación de voluntarios "sanos" ha oscilado entre 1 y 4.Medido mediante registro de asistencia
-participación profesionales de distintas entidades comunitarias: en todas las sesiones ha habido un mínimo de 2 profesionales: terapeuta ocupacional asapme, personal del centro de salud (medicina, enfermería, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, administrativo) o personal de comarca (trabajador social).La implicación de los profesionales ha superado con creces las expectativas iniciales
-Se ha conseguido crear una rutina, al menos semanal de ejercicio. En algunos usuarios que tenían nivel previo de actividad limitado ya hemos observado mejora en capacidad de actividad física (observación directa)
- Socialización significativa entre los usuarios, interacción no dirigida entre ellos, satisfacción percibida entre usuarios (observación directa, principalmente a cargo de profesional de asapme que ha acudido a todas las sesiones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La principal conclusión es que ha sido una actividad muy bien acogida tanto por los usuarios como por los profesionales. Aparte del ejercicio físico como herramienta terapeuta fundamental de salud físico-psíquica, se ha trabajado el estigma de la enfermedad mental. En nuestra lista de asistentes discriminábamos inicialmente pacientes y voluntarios. Hemos acabado sin saber, y sin querer saber, a qué grupo pertenecían las nuevas incorporaciones.
Efecto no esperado: aunque inicialmente lo presentamos como un proyecto de salud mental, hemos tenido incorporaciones de usuarios con diferentes patologías (no mentales), que también se benefician de ejercicio, especialmente personas con problemas de aislamiento social
Objetivo no cumplido: se había programado con ayuntamiento 1 hora semanal de ejercicio en el agua con monitor. Debido al cambio de empresa encargada de servicios municipales aún no se ha podido iniciar dicha actividad (pendiente)
Áreas de mejora: se ha detectado heterogeneidad en las pautas / intensidad del ejercicio en función del profesional a cargo. Se intentará unificar criterios en lo sucesivo.
Hemos observado diferente capacidad entre los usuarios, por lo que ha sido necesario hacer dos grupos que caminen a diferente ritmo.

7. OBSERVACIONES.

A partir del próximo trimestre, deberá disminuir la participación de asapme (por menor disponibilidad horaria en nuestra localidad), cuyo profesional había acudido hasta ahora a todas las actividades y servido de nexo de unión entre las diferentes sesiones. Supondrá un esfuerzo organizativo mayor, pero creemos que con la colaboración de los voluntarios y la participación existida hasta este momento será posible

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1530 ===== ***

Nº de registro: 1530

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Título
SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA O MARTIN ADOLFO, ANDRES RUIZ AINHARA, RIO ABARCA TERESA, GARCIA ALVAREZ PEDRO, LABARTA BELLOSTA MARIA, CANO SANCHEZ MARGARITA, CINCA MONTERDE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico. Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

MÉTODO
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos. La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento. La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

INDICADORES
Indicador nº 1
Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios
Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10
Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)
Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

DURACIÓN
Inicio en Octubre 2017. Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

OBSERVACIONES
Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PAZ FREIRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 sesiones de trabajo grupal en pacientes con sobrepeso/obesidad. En las sesiones han participado un profesional de enfermería y uno de medicina de familia. En cada sesión se abordaban distintos aspectos sobre alimentación saludable, se pesaba a los asistentes y se elaboraba entre ellos los menús correspondientes hasta la siguiente sesión, con supervisión de los profesionales. Las sesiones tuvieron lugar los días 15-22-29 Noviembre 20 Diciembre 2017 y 17 Enero, 21 Febrero, 21 Marzo, 18 Abril, 16 Mayo, 13 Junio. En algunas ocasiones los participantes llevaban tareas para casa como elaborar un menú semanal o fotografiar los platos que habían elaborado. Se pasó encuesta de conocimientos previos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia fue variable entre 3 y 8 usuarios en las distintas sesiones. Disponemos del peso de 7 usuarios (uno sólo acudió a primera sesión). Hemos medido el peso a los 5 meses de inicio (cuando aún estaba activo el proyecto y los usuarios acudían de forma programada a la actividad) INDICADOR 1 y a los 9-12 meses (cuando el proyecto había finalizado y el peso se obtenía cuando el paciente acudía a consulta por otro motivo) INDICADOR 2
INDICADOR 1: A los 5 meses del programa la pérdida media de peso entre los 7 usuarios que permanecieron en el mismo fue del 8.1%
INDICADOR 2: entre los 9 y los 12 meses la pérdida de peso respecto al inicial fue del 5.5%, si bien es cierto que sólo disponemos de este dato de 4 de los 7 usuarios (2 cambiaron de domicilio y otro no volvió a acudir a consulta) Nos habíamos marcado como objetivo la pérdida de un mínimo del 5%, con lo que se ha conseguido el objetivo previsto
Teniendo en cuenta el escaso mantenimiento de la pérdida de peso con las distintas dietas según todos los estudios, creemos que podemos considerar satisfactorio el impacto conseguido. Además de la pérdida en sí de kg, ha sido significativa la mejoría en conocimientos de hábitos de dieta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación grupal es una manera de rentabilizar el tiempo de los profesionales, pudiendo llegar a más población en el mismo tiempo. El componente motivacional del grupo también es destacado, ya que personas que si poseían conocimientos correctos sobre alimentación y no habían conseguido perder peso en otras ocasiones, esta vez lo han conseguido. Sin embargo el mayor logro ha sido que usuarios con muy bajo nivel de conocimiento de hábitos saludables, han mejorado este conocimiento. Creemos que la elaboración supervisada de los menús por parte de los usuarios ha sido motivador para ellos y daba a los profesionales la posibilidad de detectar errores y aclararlos. Es perfectamente asumible la replicabilidad del proyecto y así lo haremos en el futuro

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/597 ===== ***

Nº de registro: 0597

Título
MI DIETA Y YO

Autores:
PAZ FREIRE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Sobrepeso, obesidad y enfermedades asociadas son uno de los principales problemas de salud subsidiarios de intervención en consulta de Atención Primaria. Con frecuencia la intervención realizada es poco efectiva o sólo lo es de forma temporal, sin conseguir un cambio en el patrón de hábitos, los pacientes se ponen "a dieta" pero no "cambian su dieta"

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos realizar una intervención prolongada en el tiempo con el objetivo de mejorar los hábitos en alimentación, dirigida a personas con sobrepeso/obesidad. La pérdida de peso mantenida en el tiempo será un objetivo secundario

MÉTODO
Se formará un grupo de usuarios, que por iniciativa propia o consejo sanitario, serán convocados de manera grupal y periódica en consulta dirigida por el profesional de medicina y el de enfermería de referencia de manera conjunta
Durante el primer mes del proyecto las citas serán semanales. En estas primeras semanas se abordarán distintos aspectos sobre nutrición, ejercicio físico, distintas causas y consecuencias del exceso de peso, errores habituales, bebidas azucaradas, desayuno, formas de cocinado, principales grupos nutricionales y su presencia en los distintos platos etc.
La 2ª semana los usuarios realizarán su propio diario dietético, que será revisado y puesto en común en la siguiente sesión con la supervisión de los profesionales. Se elaborará de forma consensuada el menú de la siguiente semana.
Después del primer mes las citas serán mensuales y de forma progresiva se irán asignando tareas a los usuarios, de forma que las dietas serán en parte elaboradas por los profesionales, en parte propuestas por los usuarios y revisadas por los profesionales.
En cada visita se abordarán dificultades detectadas, refuerzo del ejercicio físico, pautas para comer fuera de casa etc
Se realizará peso mensual de los usuarios
Se pasarán encuestas sobre conocimientos de nutrición
Los usuarios realizarán fotografías de platos previamente pactados para abordar las raciones "estándar"

INDICADORES
Peso al inicio y a los 6 y 10 meses de inicio del proyecto.

Se valorará si se ha conseguido pérdida de un 5% del peso en al menos el 30% de los usuarios inicialmente captados para la intervención

DURACIÓN
INICIADO: NOVIEMBRE 2017. Citas: 15-22-29 Noviembre
SIGUIENTES CITAS CON PERIODICIDAD MENSUAL:
20 DICIEMBRE / 17 ENERO / 21 MARZO / 18 ABRIL / 16 MAYO / 13 JUNIO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MELENDO MORENO MARIA PILAR
GONZALEZ TORRES EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

14/05/19. Sesión clínica realizada en el Centro de Salud de Sabiñánigo para explicar al resto de compañeros el uso de las nuevas aplicaciones y solicitar su colaboración para reenviar a los usuarios al Dpto. de Admisión.

15/05/19. Se imprimen los folletos informativos del SALUD sobre el uso de la APP para colocar en todas las mesas de las salas de espera y entregar en el mostrador de Admisión.

21/06/19. Participación en el "Taller de cuidadores" en el Hogar de personas mayores IASS. Se les explica la App para facilitarles el cuidado de sus familiares y poder llevar el control de las citas y medicación de sus familiares dependientes. Me ofrece la médico Laura Rivilla (de Comunitaria) la participación en dicho taller cuya duración será de dos horas y yo intervengo con 30 minutos.

Fechas indeterminadas. Se realizan en repetidas ocasiones impresiones de los folletos del SALUD para su colocación en las mesas de las salas de espera y entregar desde el mostrador de Admisión.

16/09/19. Me pongo en contacto con dos personas que son el nexo con la comunidad árabe en Sabiñánigo. Se acuerda que publicitarán a través de las redes la realización de una Sesión Informativa para incentivar el uso de la App dedicada exclusivamente a este colectivo debido a la dificultad idiomática que requiere más tiempo. La fecha de la sesión se prevé para el último trimestre del 2019. La sesión se llevará a cabo en el Centro si el grupo es reducido, en caso contrario se solicitará una sala a la Comarca del Alto Gállego.

30/09/19. Se contacta con la responsable del Hogar de personas mayores de Sabiñánigo (IASS) para ofrecerle la posibilidad de realizar una Sesión informativa destinada a las personas mayores que tengan conocimiento del uso del móvil, es un colectivo que requiere una especial atención por no tener la misma soltura. Se acuerda realizar la sesión en el mes de noviembre del 2019. La sesión se llevará a cabo en el Hogar de personas mayores.

02/10/19. Conteo de seguimiento actualizado en la fecha indicada de los diferentes medidores según indicadores desde que está en marcha el proyecto:
Demanda No Presencial: 173 unidades
PIN: 389 unidades

Autorizaciones de comunicaciones: hasta la fecha se han tramitado 1.746 unidades (no se ha podido saber las unidades desde que está en marcha y nos han facilitado el total de los que llevamos hasta el momento, se calcula que al mes se realizan unas 40-50 autorizaciones).

30/10/19. Se realiza taller del uso de las APP's (se aprovecha para informar además de la documentación necesaria para tramitar la TSI del recién nacido) para embarazadas en la UNED de Sabiñánigo (a petición de la matrona del Centro que también forma parte del grupo de Comunitaria del mismo). Se acuerda realizar una charla con cada grupo que se reinicie de embarazadas.

06/11/19. Se realiza taller del uso de las APP's para la comunidad árabe (cuyo contacto se realizó en septiembre), la sesión se realiza en el Centro de Salud de Sabiñánigo y acuden 11 mujeres. La acogida ha sido buena y se acuerda realizar otro en el año 2020.

19/11/19. Como miembro del Consejo de Salud de Sabiñánigo aprovecho la reunión convocada para exponer la posibilidad de poder aunar esfuerzos entre todas las asociaciones y entes que conforman dicho organismo y así poder programar una o varias sesiones sobre la APP's destinada a la población en general. Todos están de acuerdo y en la próxima reunión que se realice se concretará la forma de cómo realizar dicha convocatoria.

13/11/19. Se habla con la Comarca sobre la posibilidad de realizar la sesión de las APP's a algún colectivo que ellos consideren de interés y se acuerda incluir dicha charla dentro de un programa que tienen destinados a mujeres. A confirmar la fecha.

05/12/19. Está previsto realizar la charla cuyo destino son las mujeres del programa MUSA que gestiona la matrona (ella es la que me ha invitado a realizar dicha charla). El grupo está compuesto por 20-40 mujeres.

13/12/19. Se realiza el taller destinado a personas mayores que conozcan el uso del móvil. La gerente del Hogar de Personas Mayores de Sabiñánigo se encarga de publicitarlo en su local. No hay límites de plazas. Acuden 16 personas y al tener muy buena acogida, se acuerda con la gerente realizar otro taller en el 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

1. TÍTULO

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

17/12/19. Reunión con la auxiliar de la Residencia Valles altos, para explicarle la APP's y el uso que se le puede dar desde la gestión de pacientes para consultar, citar y modificar a todos los residentes de la misma. Cree que puede ser una buena herramienta y nos proponemos seguir en contacto para posibles dudas que pueden surgir en su manejo a nivel colectivo.

08/01/19. Se habla con la supervisora de la Residencia Vitalia, para proponerle una reunión con las mismas características y utilidad que la realizada con la otra residencia.

Todas las actividades que detallamos en la memoria inicial del proyecto se han realizado.

RECURSOS NECESARIOS:

Hasta el momento sólo hemos tenido que disponer de una pantalla y un proyector para explicar el manejo de la aplicación. Algunos talleres se han llevado a cabo en la Sala de reuniones del propio Centro y otros en instituciones como la sede de la UNED en Sabiñánigo o el IASS. Para una mejor comprensión de la APP's, la conexión del móvil de la tutora se realizaba a través de una aplicación (ScreenStream) que permite ver lo que se visualiza en el móvil "in situ" y así los tutoriales eran reales, con casos que se ejecutaban en ese momento, citas, anulaciones, consultar citas de especializada, visualizar hoja de tratamiento, etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores CUANTITATIVOS recogidos en el año 2019 son:

DEMANDA NO PRESENCIAL: 213 unidades

Fuente y método de obtención: tenemos un registro en Excel que se realiza paralelamente conforme se introduce el flash en OMI y así poder informar al usuario de si tiene o no tramitada dicha gestión.

Incidencia en la población: las 213 unidades corresponde a un 2% aprox. de la población.

PIN: 534 unidades

Fuente y método de obtención: conteo realizado cada mes de forma manual.

Incidencia en la población: las 534 unidades corresponde a un 6% aprox. de la población.

AUTORIZACIONES DE COMUNICACIONES: 1.846

Fuente y método de obtención: este dato nos lo facilitan en el CAU en un principio, después hemos ido contando mensualmente todos los que realizábamos antes de enviar la documentación a la dirección.

Incidencia en la población: las 1.846 unidades corresponden a un 21% aprox. de la población.

Los datos se compararán cada año finalizado con el año anterior para saber su incidencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se aprecia en la sesión clínica realizada al EAP del Centro, que muchos compañeros desconocían todas las gestiones que se pueden realizar y lo que podía facilitar al usuario las mismas. También la mayoría coinciden que no les parece adecuado que los usuarios puedan acceder a su historial clínico con un certificado digital, creen que puede crearse algunas situaciones de alarma innecesaria antes algunos resultados.

Tras la reunión con el EAP se ha notado el aumento de personas derivadas de las consultas del Centro para que tramiten algunas de las gestiones que existe como son; solicitud de información de la APP's, la "autorización para las demandas no presenciales" y las "autorizaciones de comunicaciones".

Tras la finalización de cada Taller, la mayoría de usuarios agradecían haber recibido la información y comunicaban que iba a ser algo útil en su relación con el Centro de Salud.

Los talleres dirigidos a algún colectivo especial, como la comunidad marroquí o a las personas mayores requieren dedicar el doble de tiempo, debido a la complejidad del idioma en el primer caso y de comprensión de las nuevas tecnologías en el segundo. Así que en estos casos el taller dura una hora aprox. y la misma indicaciones se repiten dos veces para fijar los conceptos impartidos.

Notas:
Cada dos meses hay que volver a imprimir folletos para su colocación en las mesas de las consultas.

Se aprovecha las llamadas recibidas en Admisión para preguntar por el recordatorio de hora de las citas, para informarles que dicho trámite lo pueden realizar a través de la APP's.

También se realiza automáticamente la "autorización de comunicaciones" a los nuevos usuarios y se le hace entrega del folleto informativo de la aplicación.

Futuras acciones:

-Estamos a la espera que la Comarca nos diga en qué programas nos incluyen para realizar los talleres.

-El taller que estaba previsto realizarse a las mujeres del programa MUSA en diciembre del 2019 se anuló por avería del proyector del Centro de Salud, una vez repuesto el mismo la matrona nos indicará qué día se retomará la programación del taller.

-Está previsto hablar con los institutos para que los jóvenes también implicados en los cuidados de sus abuelos, puedan tener el acceso a través de la APP's, a sus citas, recordatorios y mensajes de aviso de caducidad de medicación.

-Se repetirá todas las acciones que se realizaron en 2019 con nuevos usuarios:

1. Sesión con el EAP por las nuevas incorporaciones que hay y recordatorio al resto del equipo.

2. Impresión de folletos para entregar desde el mostrador de Admisión y poner en las mesas de las consultas médicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

1. TÍTULO

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

3. Talleres a la comunidad árabe, embarazadas, personas mayores, MUSA, nuevos programas del IASS, nuevos programas de la Comarca y usuarios que pueda agrupar las entidades que conforman el Consejo de Salud.

4. Además de seguir informando desde Admisión de la aplicación de SaludInforma, también se seguirá tramitando la "demanda no presencial", las "autorizaciones de comunicaciones" y la entrega del "PIN" para su utilización dentro de la aplicación.

7. OBSERVACIONES.

Dado el giro que ha tenido el proyecto diseñado en un inicio como Proyecto de Calidad, quisiera solicitar que se incluyera como Proyecto de Atención Comunitaria ya que responde a la definición de Atención Comunitaria "el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos".

Es un proyecto con una proyección de realización en el tiempo de forma indefinida, en él ha participado la población como es en el caso de los contactos que ha habido dentro de la comunidad marroquí, las instituciones que se han volcado en su difusión y que han facilitado que se pudiera impartir dichos talleres; IASS, el Consejo de Salud, la Comarca Alto Gállego, la matrona del Centro (programa MUSA) y las dos Residencias de ancianos de Sabiñánigo entre otros.

Dicho proyecto ha ido evolucionando en el transcurso de los meses para combatir la desigual distribución de condiciones sociales y capacidades personales que implica niveles de acceso y aprovechamiento diferenciado de las características que oferta la aplicación SaludInforma, intentando evitar una nueva fractura social entre las personas que ya se comunican y coordinan actividades mediante redes digitales, de quienes aún no han alcanzado este estado avanzado en el uso de dichas aplicaciones. Las instituciones ponen una herramienta muy útil a disposición del usuario, pero es necesario facilitar su acceso y aprendizaje a un sector de la población que no se desenvuelve con soltura dentro del mundo de las TIC's y ello puede significar tener menos oportunidades para participar en la promoción de su Salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/473 ===== ***

Nº de registro: 0473

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

Autores:
CANO SANCHEZ MARGARITA, MELENDO MORENO MARIA PILAR, GONZALEZ TORRES EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑÁNIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la dispersión de la zona sanitaria de Sabiñánigo y alrededores y ello sumado a la climatología adversa que se produce en invierno, se produce una saturación de llamadas para cita previa en los teléfonos de la centralita de Admisión. La mayoría de ellas en un tramo horario determinado lo que se traduce que se pierde una gran parte de las llamadas entrantes. Produciendo una gran insatisfacción entre los usuarios, ya que no es posible contestar a todas las llamadas.
Muchas de esas llamadas son para solicitar que le recuerdes a qué hora tienen su cita de demanda, o bien de programada y especializada porque hace tiempo que la solicitó.

RESULTADOS ESPERADOS
Promocionar de forma más directa las nuevas aplicaciones que dispone el SALUD:
-Por un lado, la aplicación de "Salud Informa" para que puedan consultar y solicitar cita previa. El objetivo primordial es que una parte importante de los usuarios se familiaricen con ella y se citen a través de la aplicación.
-La solicitud del PIN para poder acceder a sus citas programadas con especializada, modificar la fecha de la misma o simplemente acceder a cualquier de las otras opciones disponibles que ofrece el sistema. Se pretende

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

1. TÍTULO

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

reducir con ello las llamadas que sólo solicitan los recordatorios de su cita.

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

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

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

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

INDICADORES

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

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

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

DURACIÓN

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

Fecha inicio prevista: 01/04/2019

Fecha de finalización del proyecto: indefinido

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0492

1. TÍTULO

LA SALUD VISITA EL COLE

Fecha de entrada: 15/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OTO CONDON NOEMI
GIL FERRER VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Curso 2018/2019 la actividad de lavado de manos e higiene buco dental en los colegios Puente Sardas y Monte Corona.
La higienista dental y la enfermera pediátrica visitaron ambos colegios para desarrollar un taller teórico práctico de higiene.
previo a la visita los profesores realizaron una tormenta de ideas recogiendo las ideas que los alumnos de entre 3 y 6 años tenían sobre el tema.
Tras el taller se paso a los alumnos una ficha evaluativa sobre lo que habían aprendido.

Curso 2019/2020 Se planifica una actividad por trimestre en cada uno de los colegios del municipio (Puente Sardas, Monte Corona y Santa Ana)
1- RCP desde mi cole. Destacando la importancia de reconocer la situación de peligro, llamar al 112, dar punto de localización y colocación del afectado en posición de seguridad. Previo a la visita los profesores hacen una tormenta de ideas. Se prepara un teatro recogiendo una situación de emergencia y se interpreta lo que deberían hacer en dicha situación. Posteriormente, los profesores pasan una ficha evaluativa a los alumnos para saber que han aprendido.
2- Charla con los padres y madres de los alumnos (manejo de la temperatura, manejo básico de heridas...)
3- Higiene buco dental y de manos.

La enfermera de pediatría junto a las pediatras del centro revisan cada mes el menu escolar de Puente Sardas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los niños contestaron la ficha correctamente en su mayoría (pendiente analisis estadistico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los niños sintieron cercanía de los profesionales al visitar su colegio y repercute en disminuir nivel de ansiedad al acudir a la consulta del centro de salud.
Aprenden técnicas de higiene que repercuten en su salud.
Empoderamiento de los niños al sentirse útiles en una situación de emergencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/492 ===== ***

Nº de registro: 0492

Título
LA SALUD VISITA LA ESCUELA

Autores:
GOMEZ TAFALLA BLANCA, OTO CONDON NOEMI, GIL FERRER VIRGINIA, RIO ABARCA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0492

1. TÍTULO

LA SALUD VISITA EL COLE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

SE PROGRAMAN ENCUENTROS EN LA ESCUELA UNA CADA TRIMESTRE, TOTAL 3 EN EL CURSO ESCOLAR.

1-HIGIENE BUCO DENTAL Y DE MANOS (toalla y jabón de manos y cepillo de dientes)

2-ALIMENTACIÓN (semaforo de alimentos, revisión de menú diario del comedor...)

3-RCP BÁSICA (un muñeco grande)

INDICADORES

ENCUESTA INICIO/FINAL ENCUENTRO.

ENCUESTA NIÑOS SIN FORMACIÓN/CON FORMACIÓN ANUAL.

DURACIÓN

REALIZAR ECUMENTROS DURANTE 2 CURSOS ESCOLARES, UNA VEZ EN EL TRIMESTRE. LOS PROFESORES REFORZARÁN LOS CONCEPTOS DURANTE DICHO TRIMESTRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0798

1. TÍTULO

CORAZÓN EN FORMA

Fecha de entrada: 22/02/2020

2. RESPONSABLE TERESA RIO ABARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL FERRER VIRGINIA
HERNANDEZ AGUSTIN LUISA
PICKFORD SARA
VICENTE CAMPOMANES ELBA
GRACIA AZNAREZ MARIA
STOKMAN VAN GORP MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primer grupo del programa de ejercicio físico y control de factores de riesgo para pacientes con alto riesgo cardiovascular "Corazón en Forma" con duración de 1 de octubre a 17 de diciembre del 2019. Se seleccionaron a 8 hombres de entre 52 y 74 años.

? EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO

- 1hora semanal de ejercicios de fuerza en la sala multiusos del Centro Cultural Carlos López Otín de Puente Sardas, Sabiñánigo. Supervisada por enfermería y fisioterapia.

Se acondiciona la sala con los materiales que se van a utilizar durante la sesión (colchonetas, pesas, picas, sillas, escalón...) y música para aumentar la motivación.

Se realiza un circuito de 10 ejercicios de fuerza, cada uno de ellos centrado en un grupo muscular: pectorales, bíceps braquial, tríceps braquial, abdominales, extensores del tronco (altos y bajos), glúteos, cuádriceps, isquiotibiales, gemelos y tríceps sural. Durante un minuto se repiten los movimientos a intensidad moderada. Posteriormente se dejan 2 minutos de recuperación.

Al finalizar cada sesión se registra la tensión arterial, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y el esfuerzo percibido a través de la Escala de Borg.

Total de sesiones: 10.

-1 hora semanal de ejercicio aeróbico. Enfermería acompaña al grupo a caminar por diferentes rutas de las inmediaciones de sabiñánigo. Se pasea a intensidad moderada (75-85% de frecuencia cardíaca máxima).

Durante los primeros 10 minutos se calienta mediante estiramientos y ejercicios de movilidad articular. Posteriormente se camina durante 40 minutos con una intensidad moderada. Los últimos 10 minutos se camina con baja intensidad para la recuperación.

Al finalizar el paseo se registra la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y el esfuerzo percibido según la Escala de Borg.

Total de sesiones: 10.

? EJERCICIO FÍSICO NO DIRIGIDO

Cada paciente se compromete a realizar por su cuenta 1 hora semanal, como mínimo, de ejercicio aeróbico (senderismo, ciclismo, natación, baile, aeróbico...), que apuntan su ficha personal.

? CONSULTA INDIVIDUALIZADA (VALORACIÓN ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PROYECTO)

- Información previa:

Los pacientes candidatos, que han sido seleccionados por el equipo de atención primaria, son citados telefónicamente para informarles sobre el proyecto "Corazón en forma".

En el primer encuentro firman el consentimiento informado, se les entrega un tríptico con información organizativa del proyecto, consejos cardiosaludables (dieta, deshabituación tabáquica, ejercicio...) y el registro personal de citas y ejercicio individual.

- Valoración inicial:

Realizamos la anamnesis (antecedentes personales, tratamiento habitual, hábitos de vida...) y la exploración física (peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Los pacientes cumplimentan el cuestionario de la calidad de vida percibida (WHOQOL-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0798

1. TÍTULO

CORAZÓN EN FORMA

BREF de la OMS). Por último se les hace el Test de los 6 minutos en un pasillo del centro previamente medido y acondicionado para la realización de la prueba, al finalizar se pasa la Escala de borg para medir el esfuerzo físico percibido.

- Seguimiento:

A mitad de programa se realiza una consulta de seguimiento en la que se valora el peso, el perímetro abdominal, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca.

- Valoración final:

Cuando se termina el programa los pacientes vuelven a cumplimentar el cuestionario de la calidad de vida percibida (WHOQOL- BREF de la OMS), realizan de nuevo el Test de los 6 minutos (se les pasa la Escala de borg para medir el esfuerzo físico percibido) y se les explora físicamente (peso, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Se establecen comparativas y se estudia la progresión durante el programa.

? CONSULTAS GRUPALES

Se abordan temas comunes relacionados con patología cardiovascular (dieta, deshabituación tabáquica, manejo del estrés...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS:

-Mejora de la salud y de los factores de riesgo cardiovasculares.

INDICADORES:

- Mejora del 20% en el "test de los 6 minutos"
- Mejora en el "test de calidad de vida percibida"
- Mejora en la capacidad de esfuerzo físico percibido

EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

- En todos los pacientes participantes se documenta una mejoría consistente de 5-10 % de la distancia recorrida en el test de 6 minutos. No alcanza el objetivo inicial de mejora propuesto de 20 %, pero hay que tener en cuenta que todos partían de una buena capacidad funcional, superando en un 47% el límite inferior de la normalidad en el primer test de 6 minutos según la ecuación de regresión de Enright.

- En el test de calidad de vida percibido (WHOQOL-BREF) realizado al final del programa hubo una mejoría general respecto al realizado al inicio del programa con una puntuación media 12,27 % mas alta.

- Mejoría general en todos los participantes del nivel de esfuerzo físico percibido (escala de Borg), especialmente post ejercicio. Hubo una disminución media de 5,41% en la puntuación de Borg post ejercicio aerobico y una disminución media de 3,77% post ejercicio de fuerza, comparando en ambos casos puntuaciones de la primera mitad del programa con puntuaciones en la segunda mitad

- Respecto al control de los factores de riesgo cardiovascular, hemos observado una disminución significativa en las cifras de la tensión arterial al finalizar el programa, comparando las cifras iniciales con todas las cifras en controles semanales.

- El perímetro abdominal se ha reducido en todo el grupo, una media de 3,25%.

- El grado de satisfacción al terminar el programa ha sido ALTO para todos los participantes.

- La modificación de hábitos en la mayoría ha sido TOTAL O PARCIAL .

- Todos han declarado que los cambios que han hecho para afrontar la situación (riesgo cardiovascular) ha sido PARCIAL .

- La distancia recorrida durante el ejercicio aeróbico semanal (caminar) ha sido alrededor de 4,6 kilómetros con un promedio de velocidad de andar de +/- 5 kilómetro/hora y un promedio en la escala Borg de 4-5 al principio del proyecto y 3-4 al final.

- Grado de cumplimiento de objetivos : ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PUNTOS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA PRÓXIMOS GRUPOS:

- Hacer más hincapié en la educación para la salud a nivel familiar, promocionar el auto-cuidado y la dieta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0798

1. TÍTULO

CORAZÓN EN FORMA

saludable y continuidad de régimen tras completar el programa.

- Incluir más charlas grupales para tratar temas como dieta, hiperlipidemia, auto-cuidado deshabituación tabáquica, hábitos insanos...

- Atención psicosocial: incorporar a la psicóloga o enfermera de psiquiatría en el equipo para tratar problemas de estrés, ansiedad o deshabituación tabáquica.

- Que antiguos participantes participen y colaboren con el desarrollo y adherencia de nuevos grupos.

- Control periódico de antiguos participantes incluyendo analítica de sangre.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/798 ===== ***

Nº de registro: 0798

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

Autores:
RIO ABARCA TERESA, HERNANDEZ AGUSTIN LUISA, PICKFORD SARAH, VICENTE CAMPOMANES ELBA, GRACIA AZNAREZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

DURACIÓN
Durante el año 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0798

1. TÍTULO

CORAZÓN EN FORMA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
USIETO GRACIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
CAJAL MARZAL ADOLFO
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Organización:

-Análisis de la situación: revisión de BOA 24/6/2015 y resolución de 7 de Noviembre de 2017 de instrucciones educativas de atención al alumnado con enfermedades crónicas así como intervención en situaciones de urgencia en los centros docentes de Aragón. Marzo 2018
-Reunión en la que se decide mantener el mismo grupo de trabajo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de familia, trabajador social. Marzo 2018.
-Selección de centros escolares, se incluye en el proyecto a más centros concertados de la zona de salud. En Junio de 2018 se envían cartas a equipos directivos de centros docentes informando del proyecto. CEIP el Parque, CEIP Pedro J. Rubio, Colegio Salesianos, Colegio San Viator, Colegio Santa Ana.
-En Septiembre 2018 se contacta con los centros que han manifestado su interés en participar de la formación.

Comunicación

-Información sobre la evolución del proyecto al resto de profesionales del equipo de atención primaria en las distintas reuniones de equipo realizadas a lo largo del año.

-Se mantiene informado al grupo de trabajo de pediatría comunitaria de la Asociación Aragonesa de Atención Primaria (arAPAP).

Intervención:

- Se concreta con la dirección de cada centro escolar la fecha de la actividad y los temas a tratar según las necesidades que plantean por las enfermedades de su alumnado.
-Se realizan las sesiones formativas a los docentes:
- Colegio Salesianos: 9 octubre 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Adolfo Cajal, Olga Ordás y Teresa Usieto. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, mareos, convulsiones en niños epilépticos, obstrucción de la vía aérea, diabetes y sus complicaciones en la escuela, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 2 horas.

-CEIP Pedro J. Rubio: 10 de octubre de 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Adolfo Cajal, Olga Ordás, Teresa Usieto y MIR familia. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, convulsiones en niños epilépticos, obstrucción de la vía aérea, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 1 hora y media.

-Colegio Santa Ana: 6 noviembre 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Olga Ordás, Teresa Usieto, Angel Luis Arricivita, MIR familia, estudiante de medicina. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, diabetes mellitus y sus complicaciones en la escuela, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 1 hora y media.

Evaluación:

La evaluación de las intervenciones se realiza mediante:

-Encuestas de satisfacción anónimas dirigidas a los docentes en las que se puntúa de 1 a 5 (siendo la mejor puntuación) la duración de las sesiones, el material didáctico utilizado, a los ponentes: expresión y conocimiento del tema; conocimientos adquiridos, utilidad y si recomendaría la sesión a otros compañeros. Además se incluye en las encuestas un apartado de sugerencias para que los docentes puedan expresar libremente su percepción sobre las sesiones y sus propuestas de mejora.

-Observador externo: valora la asistencia, la interacción entre el claustro de profesores y el personal sanitario. La aceptación y valoración de los dispositivos que se llevaron para que pudieran manipular y probar; y el material audiovisual empleado que se proporciona al centro.

Materiales utilizados:

-Algunas de las sesiones fueron elaboradas a partir del material de la Guía para Centros Docentes de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Todas se realizan mediante presentaciones en power point que se les proporciona para que puedan consultar posteriormente.

-En la sesión de actuación frente a las convulsiones y a la anafilaxia se incluyeron vídeos de la Asociación Aragonesa de Epilepsia y de la Asociación de Española de Alergología Pediátrica.

-Se llevó a los centros dispositivos que pueden ser necesarios en situaciones de emergencia en niños con enfermedades crónicas para que los pudieran manipular y probar como diacepam rectal en epilépticos y adrenalina en casos de anafilaxia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

1. Número de docentes que participan en la formación /total de docentes:>50%

CEIP Pedro J Rubio: 19/37=51,35%
Colegio Salesianos: 40/45=88,8%
Colegio Santa Ana: 27/32=84,37%

2. N° centros educativos en que se imparte formación/N° total centros educativos de zona básica de salud >50%
Formación en 3 colegios/ 5 colegios ZBS: 60%

Grado de consecución de los objetivos e impacto del proyecto:

En las conversaciones con los equipos directivos previas a las sesiones formativas se exploran las necesidades sobre la forma de actuar ante las distintas situaciones sanitarias que pueden surgir en los colegios y se adaptan los temas a tratar a las sugerencias y necesidades percibidas por cada centro de acuerdo con el objetivo general del proyecto.

En un centro se realizaron sesiones también durante el año 2016 y 2017 y en los otros 2 centros concertados es el primer año que se acude.

Se completa la formación ante situaciones de urgencias frecuentes, forma de actuación en niños con patologías crónicas, se resuelven dudas, se recuerdan los cauces correctos a la hora de ponerse en contacto con los servicios sanitarios, se da conocer material sanitario que puede ser necesario en situaciones de urgencia para que puedan manipularlo, probarlo y comprobar de forma supervisada su uso correcto y se dan conocer recursos disponibles y accesibles para poder ser utilizados en cualquier momento.

Este año se ha contactado con todos los colegios de la zona con una participación de del 60% de los centros y con una elevada asistencia de docentes a las sesiones

Descripción de resultados alcanzados:

Observador externo:

- Valora como positivo:

. Percibe en ambos centros buen ambiente e interés del personal docente por las presentaciones. Continúan las explicaciones y toman apuntes.

.Buena recepción del material de consulta dejado en los ordenadores los centros, la guía de para centros docentes de AEpap y enlace a web de consulta sobre epilepsia.

.Buena aceptación de los dispositivos (adrenalina, diacepam rectal) que se llevan desde el centro para que puedan manipular y tocar.

.Buena interacción entre el personal docente y sanitario. Preguntan dudas sobre la forma de administración de la medicación, expresan situaciones que les generan temor y manifiestan su agrado hacia temas como heridas y traumatismos por su gran aplicabilidad diaria.

.El personal docente hace nuevas propuestas para futuras sesiones.

- Puntos de mejora percibidos por el observador:

.En uno de los centros se produjo un retraso en el inicio de la sesión por falta de puntualidad de parte de los docentes y varios de ellos abandonaron la sala sin que hubiera finalizado y sin rellenar las encuestas de satisfacción.

.Escaso tiempo para abordar algunos de los temas propuestos. Percibe que sería necesario reducir el número de temas por sesión o ampliar la duración.

Encuestas de satisfacción:

Se recogieron un total de 40 encuestas en el Colegio Salesianos, 12 en CEIP Pedro J. Rubio y 27 en Colegio Santa Ana.

-Resultados obtenidos en los parámetros evaluados:

Colegio Salesianos:

-Duración de las sesiones: 4,35

-Material didáctico utilizado: 4,5

-Ponentes. Expresión y conocimiento sobre el tema: 4,8

-Conocimientos adquiridos: 4,87

-Utilidad: 4,92

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,8

CEIP Santa Ana:

-Duración de las sesiones: 4

-Material didáctico utilizado: 4,3

-Ponentes y conocimiento sobre el tema: 4,6

-Conocimientos adquiridos: 4,5

-Utilidad: 4

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,5

CEIP Pedro J. Rubio:

-Duración de las sesiones: 4,8

-Material didáctico utilizado: 4,87

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

- Ponentes y conocimiento sobre el tema: 4,8
- Conocimientos adquiridos: 4,92
- Utilidad: 4,8
- ¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 5

Sugerencias aportadas por los docentes

- Cambio de horario a su horario docente para poder hacerlo más amplio
- Hacer parte más práctica

Especificación de la información recogida para la evaluación. Metodología e indicadores:

Para realizar la evaluación, se han recogido las impresiones aportadas por el observador externo, las de los propios profesionales sanitarios que dieron las sesiones, las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados de las encuestas de satisfacción y las sugerencias aportadas por los docentes. La valoración por parte del profesorado ha sido muy positiva en general, lo que se refleja en las altas puntuaciones en las encuestas de satisfacción. El apartado de sugerencias resulta muy útil para poder valorar las líneas de mejora que se centran sobre todo en la escasez de tiempo y el horario. También permite valorar lo que ellos han percibido de forma más positiva. La mayoría de ellos recomendarían las sesiones a otros compañeros. El observador externo también ha valorado en general de forma positiva las sesiones. Sus percepciones coinciden en gran manera con las valoraciones y sugerencias de los docentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Grado de implicación y participación de los destinatarios y participantes:
A lo largo de los tres años en los que se ha realizado el proyecto se han ido ampliando los colegios en los que se ha propuesto la formación siendo del 100% de los colegios de la ZBS. Iniciándose en un principio solo en los públicos (CEIP El Parque y Pedro J. Rubio) y extendiéndose posteriormente a los concertados. (San Viator, Salesianos y Santa Ana). De los cinco colegios, han participado 4, habiendo uno que ha manifestado que si necesita alguna información ya es conocedor del proyecto, pero no ha requerido colaboración en este tiempo. Obteniendo por tanto una participación del 100% de los colegios públicos y del 67% de los colegios concertados de la ZBS. Cabe destacar la gran participación del CEIP Pedro J Rubio que ha solicitado formación todos los años del proyecto. Incluso se puso en contacto este año 2018 para que diéramos taller relacionado con la salud a los alumnos de 6º curso, la cual resultó ser muy gratificante para ambas partes.

Valoración del equipo de mejora

La valoración de los profesionales sanitarios es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado por el profesorado por la información, recursos y materiales utilizados. Así como por la colaboración en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción.

Comparación de los cambios entre la situación previa y final. Cumplimiento de objetivos

En los centros escolares pueden surgir situaciones de urgencias y emergencias, previsibles o no, que pueden requerir una actuación inicial por parte del docente. Esta atención inicial puede ser de gran ayuda hasta que el menor pueda recibir asistencia médica.

Las instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón reflejan la conveniencia de programar alguna sesión de formación y asesoramiento del profesorado.

La puesta en marcha de este proyecto ha permitido iniciar este proceso en los centros escolares de nuestra zona de salud que hasta este momento no disponían de otra vía de formación en este sentido. Se han adaptado las sesiones a sus necesidades atendiendo a las situaciones de urgencias más frecuentes y en función de situaciones concretas de niños que asisten a sus centros. También, han recibido recursos que desconocían para poder acceder a esta información de forma continua.

Por todo ello se han cumplido los objetivos que nos planteamos al inicio del mismo y a la vez se ha estrechado un vínculo entre los colegios y el centro de salud para que tengan más confianza a la hora de trasladarnos cualquier duda o necesidad en temas de salud.

Como conclusión final pensamos que este proyecto ha abierto una vía de comunicación y de contacto entre el centro de salud y los centros escolares. Dado que contamos con la ventaja de trabajar con la misma población y tras la valoración positiva de la actividad por los docentes, es probable que puedan surgir otras actividades en las que el personal docente y el sanitario podamos trabajar de forma conjunta en beneficio de la población infantil con la que trabajamos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/173 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Nº de registro: 0173

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, DOSTE LARRULL DIVINA, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, USIETO GRACIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, CAJAL MARZAL ADOLFO, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referente a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

RESULTADOS ESPERADOS
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

MÉTODO
- Análisis de situación. Revisión BOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas, conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

INDICADORES
Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%
Nº centros educativos públicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

DURACIÓN
Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016
Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016
Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016
Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

Fecha de entrada: 19/12/2017

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CARCAVILLA JUANA
PICONTO NOVALES MARIA
LABORDA RODRIGO PILAR
VENTURA MUÑOZ YOLANDA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2016, el EAP se implicó en autoformación de conceptos, exploración y manejo de educación grupal. Se realizaron tres sesiones formativas, realizadas tanto por medicina como por enfermería, revisando conceptos de exploración, unificación de mensajes y registro de actividad. (Fechas de realización 25-10-16, 10-11-16, 11-11-16) Se realizó un documento por parte de enfermería sobre consejos prácticos, que fue revisado por el EAP y que se entrega en cada sesión a los pacientes participantes.

Hemos tenido 4 sesiones con pacientes (fechas 23-11-16, 11-05-17, 15-06-17 y 29-11-17).

Como recursos usados, hemos precisado material visual, material de exploración de pie diabético, sala de juntas en condiciones, y 4 despachos para realizar la exploración

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Uno de los indicadores que esperábamos era el N° pacientes que acuden a la formación/N° total de pacientes convocados, >80%. En las 4 sesiones, en total hemos convocado a 60 pacientes, acudiendo 52 de los convocados, lo que supone un 86%. Además acuden familiares implicados en el cuidado, no estando recogidos en estos resultados. Las encuestas de satisfacción realizadas por los pacientes de manera anónima, todas han dado los resultados más altos/favorables.

Implicación de EAP, en general y principalmente enfermería- Se ha implicado todo el EAP, colaborando de forma unitaria.

Realizada reunión con EAP con fecha 11-10-17 para valorar la satisfacción del EAP y continuidad del proyecto, los resultados son muy favorables, acude todo el personal de enfermería y se decide continuar con el proyecto, además de la buena recepción y dinámica dentro del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora la importancia del trabajo grupal como una nueva experiencia y método de trabajo, con buenos resultados en este proyecto. Interés en continuar. Nueva manera de adquisición de conocimientos, aprendizaje entre iguales.

La responsabilidad en cada sesión va rotando entre los profesionales, eso permite una mayor implicación y gusta esa dinámica.

Se plantea la posibilidad de contactos mapeando la zona básica de salud para aumentar la difusión y conocimiento de esta actividad.

Actividad no limitada por condiciones sociales, ni edad. Posibilidad de aumentar el tema de autocuidados, no solo al manejo de pies, sino conocimientos de diabetes en general, pero de momento, continuaremos con formación de manejo del pie diabético.

Aspectos pendientes: mejora de las condiciones físicas de la sala donde se realiza el proyecto. Mejora de la accesibilidad física para algunos pacientes (se realiza en 4 planta del centro de salud y es una limitación física en determinados casos)

7. OBSERVACIONES.

Proyecto fácilmente realizable en otros centros de salud, interesante para la formación MIR de Atención Primaria y Enfermería comunitaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/520 ===== ***

Nº de registro: 0520

Título
PIES PARA QUE OS QUIERO

Autores:
BUIL CALVO PILAR, RUIZ CARCAVILLA JUANA, PICONTO NOVALES MARIA, LABORDA RODRIGO PILAR, VENTURA MUÑOZ YOLANDA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

CAMPOS REIG RAMON, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, CASTRILLO SALCEDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad. Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte. Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

MÉTODO

Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

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

DURACIÓN

Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

Fecha de entrada: 20/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CARCAVILLA JUANA
PICONTO NOVALES MARIA
LABORDA RODRIGO PILAR
VENTURA MUÑOZ YOLANDA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han realizado 5 sesiones. Se han incluido pacientes de todos los cupos del EAP. Han acudido 65 pacientes en total. Han sido 3 sesiones antes del verano y 2 en otoño, tal como estaba previsto en el cronograma. Se reparte material explicativo elaborado en el centro de salud. Se ha reorganizado el sistema organizativo dentro del EAP para participar todos los miembros de forma activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participación de 93% de los profesionales implicados. Los pacientes convocados han sido 74, han fallado 9, supone una asistencia a la convocatoria de un 82%, superando el estándar de 80%. Se han incorporado 3 de los nuevos profesionales llegados al centro,, el objetivo era lograr, al menos, la participación de 2. Respecto a las encuestas de satisfacción, queda registrado el alto nivel de satisfacción alcanzado por parte de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Interés en el EAP de continuidad de proyecto, satisfacción entre los profesionales al terminar el año. Se puede replantear una actitud más activa por parte de los pacientes, que se valorará para el próximo año.

7. OBSERVACIONES.

En el próximo año 2019 se modificará los componentes de equipo ante la modificación de personal del EAP

*** ===== Resumen del proyecto 2016/520 ===== ***

Nº de registro: 0520

Título
PIES PARA QUE OS QUIERO

Autores:
BUIL CALVO PILAR, RUIZ CARCAVILLA JUANA, PICONTO NOVALES MARIA, LABORDA RODRIGO PILAR, VENTURA MUÑOZ YOLANDA, CAMPOS REIG RAMON, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, CASTRILLO SALCEDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad. Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte. Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

MÉTODO

Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

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

DURACIÓN

Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA JIMENEZ FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUYUELO DEL VAL PASCUAL
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO
NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR
GIL FERRER LAURA
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
PARALED CAMPOS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Realizar una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales y por los Servicios de Salud Autonómicos en relación al calendario de visitas recomendado para el PSI.
2. Revisión de los documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica por parte de los miembros del proyecto de calidad.
3. Elaboración por los pediatras y enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del correo electrónico.
4. Se da a conocer el documento de consenso a todos los Centros de Salud del Sector de Huesca mediante el envío de cartas por correo y se fija un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12 /2017(Septiembre de 2017)
5. Se contacta con todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca para evaluar puesta en marcha del documento de consenso. (22 de Diciembre de 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVO PRINCIPAL

Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del sector de Huesca. Este calendario único de consultas para la realización del PSI, debe asegurar, por un lado, el cumplimiento de las mínimas consultas marcadas en la cartera de servicios de atención al niño sano de Aragón y, a su vez ser flexible para adaptarse a los niños y adolescentes con circunstancias especiales que puedan precisar un número diferentes de visitas dentro del PSI.

INDICADORES:

1. Resultados de la búsqueda bibliográfica. N° de documento final a considerar.
2. Número de reuniones para consensuar el documento. Contenido.Distribución del trabajo..
3. N° de profesionales de pediatría del Sector que han recibido el documento.
4. A los 3-6 meses. Valorar el grado de adherencia a dicho documento .

SEGUIMIENTO:

Seguimiento Primer Cuatrimestre:

1-Contacto entre profesionales de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector Huesca:

Se inicia contacto con los distintos profesionales de los Equipos de Pediatría de Atención Primaria del sector de Huesca.

Se crea un grupo de comunicación por medio de correo oficial entre los profesionales incluidos en el proyecto. Además, se ha extendido el contacto al resto de los profesionales de los equipos de Pediatría de Atención primaria del Sector de Huesca, ya que disponemos de un grupo de comunicación de mensajería no oficial a través de redes sociales, que nos permite mantener un contacto estrecho e inmediato. Esta vía se ha utilizado para intercambiar opiniones y concertar reuniones.

Se decide comenzar el proyecto realizando inicialmente una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas en relación al calendario de visitas recomendado para el Programa de Salud Infantil (PSI) y se fija fecha para realizar una reunión el 9 de Mayo abierta a todos los profesionales de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector de Huesca.

2-Búsqueda Bibliográfica:

Para unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría del sector de Huesca para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del Sector, se ha realizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

una revisión de distintas intervenciones basándose en los documentos del Programa de Salud infantil (PSI) de la Asociación Española de pediatría de Atención Primaria(AEPap) y otros elaborados por grupos de expertos como la Guía de actividades preventivas por grupos de edad del Grupo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría y Grupo PAPPs infancia y adolescencia del programa de actividades preventivas de la SEMFYC. También, se ha tenido en cuenta los mínimos establecidos en la Cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón.

Bibliografía revisada:

- 1.Grupo Previnfad/PAPPs Infancia y adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad.En recomendaciones Previnfad/PAPP(en línea).Actualizado mayo 2014.Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
2. <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil/>
- 3.Galve Sanchez-Ventura J.¿Son eficaces las revisiones de salud en los niños?.Evid Pediatr.2008;4:47.
- 4.Colomer Revuelta J y Grupo Previnfad.¿Cuántos controles son necesarios en el Progra de Actividades Preventivas? En: AEPap ed.Curso de Actualización Pediatría 2004.Madrid: Exlibris Ediciones, 2004:p.57-60.
- 5.http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonésSalud/ÁreasTemáticas/InformaciónCiudadano_DerechosDeberes/ci.01_Atención_primaria.detalleDepartamento#section5

Seguimiento Segundo Cuatrimestre:

1- Reunión :

Se realiza una reunión el día 9 de Mayo en el centro de salud Santo Grial abierta a todos los profesionales de los Equipos de pediatría del Sector con el objetivo de poner en común los datos encontrados en la búsqueda bibliográfica, valorar las revisiones que se realizan en la actualidad en los distintos centros e intentar llegar a un consenso de unificación de la periodicidad de las consultas programadas del PSI para todo el Sector.

1. Se pone en común los datos encontrados en la bibliografía revisada.
2. Se propone entre todos establecer un número de revisiones considerado como óptimo para satisfacer las necesidades de la población y proporcionar un cuidado adecuado. Según la bibliografía revisada, se objetiva que en la actualidad, no existen evidencias sobre cuál es el número óptimo de revisiones durante la infancia y la adolescencia, por lo que se considera que debe existir una cierta flexibilidad teniendo en cuenta la variabilidad de los distintos equipos como la carga existencial, las posibilidades de organización, personal de los equipos de pediatría disponibles en cada centro, las necesidades individuales de atención de cada cupo, etc.
3. Cada centro reflejó las revisiones que estaban realizando en sus equipos en ese momento.
4. Se evalúan las características individuales de los distintos equipos. No en todos hay la misma disponibilidad de personal a la hora de realizar las revisiones. En este sector, hay centros que no disponen de personal de enfermería de pediatría para realizar las actividades programadas, por lo que disponen de menos recursos.
5. Se considera que lo ideal es establecer el número de revisiones adaptadas a los momentos claves del desarrollo del niño y al calendario vacunal vigente en la medida de lo posible.
6. Se considera que aunque se establezca un número de revisiones como óptimo y se unifiquen criterios, debe existir un margen de flexibilidad para realizarlas según las características de los diferentes equipos.
7. Respecto al reparto de actividades entre el personal de enfermería y pediatras en cada revisión, se considera que debe adaptarse según las características individuales de cada equipo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se considera idóneo por consenso establecer las siguientes revisiones por edades :

- Recién nacido
- 15 días
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 11 meses (sólo vacuna)
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 3 años
- 4 años
- 6 años
- 8 años
- 10 años
- 12 años
- 14 años

2-Comunicación al personal de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector Huesca.

1. Se informa al resto del personal de los equipos de pediatría las decisiones consensuadas a través del grupo de comunicación.
2. Dado que todo el personal no ha podido asistir a la reunión, se deja un plazo para evaluar lo sugerido, propuestas de mejora e intentar el máximo consenso.
3. Se mantiene comunicación periódica a través del grupo de correo y se acepta por consenso el calendario de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

revisiones propuesto en la reunión.

4. Se decide enviar carta del documento de consenso de la periodicidad de las consultas del PSI para todos los equipos de Atención Primaria del sector Huesca y fijar un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12/2017.

Acciones de mejora propuestas tras el segundo seguimiento

Enviar cartas sobre el documento de consenso a todos los equipos del sector Huesca
Fijar fecha de puesta en marcha del nuevo calendario de revisiones consensuado

Seguimiento tercer Cuatrimestre

1-Comunicación del Documento de Consenso a los Equipos de Pediatría del Sector (Septiembre 2017):

Se envían cartas vía correo postal interno del SALUD a todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca en las que se adjunta el Documento de Consenso con las edades de revisiones propuestas y se establece un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12/2017.

Indicador :número de profesionales que han recibido el documento:100%

Se les indica vía y persona de contacto si surge algún problema en la puesta en marcha del proyecto.

2-Contacto con los Equipos de Pediatría para evaluar la puesta en marcha del Documento de Consenso (22/12/2017):

Se contacta con los integrantes de todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca a través de Grupo de Comunicación.

Todos los centros confirman la puesta en marcha del documento y haber realizado los cambios necesarios para adaptarse a las fechas de revisiones consensuadas.

Indicador: Valorar grado de adherencia a dicho documento:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica, se objetiva que en la actualidad no existen evidencias sobre el número óptimo de revisiones de salud a realizar durante la infancia y la adolescencia, por lo que se decide llegar a un consenso entre los profesionales de los Equipos de Pediatría Atención Primaria del Sector de Huesca.

En nuestra propuesta, la periodicidad de las visitas de salud se ha realizado teniendo en cuenta los momentos claves del desarrollo infantil y el calendario vacunal vigente considerando que debe existir cierta flexibilidad para adaptarse a las características de los distintos equipos.

Tras consensuar el calendario de revisiones del niño sano y comunicar el Documento a todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca; se confirma que a finales de Diciembre de 2017 todos los Centros del Sector han puesto en marcha el Documento y han realizado los cambios necesarios para adaptarse a las fechas propuestas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/840 ===== ***

Nº de registro: 0840

Título
DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, PUYUELO DEL VAL PASCUAL, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, GIL FERRER LAURA, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, PARALED CAMPOS TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Programa de salud infantil
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Programa de Salud Infantil (PSI), también llamado programa de revisiones del niño sano, consiste en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño y en la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y adolescencia.
Es una de las principales actividades ejercidas por los equipos de pediatría en atención primaria y se organiza mediante visitas programadas, coincidiendo con los momentos claves del desarrollo infantil y con el calendario vacunal vigente.
Actualmente, en los equipos de pediatría de los centros de salud del sector de Huesca no existe un único calendario de visitas para realizar las actividades del PSI, sino que el número de visitas se organiza de acuerdo a la sobrecarga asistencial y a la población que atiende cada centro de salud, lo que fomenta la variabilidad y no asegura la equidad a la hora de realizar la atención sanitaria programada en la infancia y adolescencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del sector de Huesca.
Este calendario único de consultas para la realización del PSI, debe asegurar, por un lado, el cumplimiento de las mínimas consultas marcadas en la cartera de servicios de atención al niño sano de Aragón y, a su vez ser flexible para adaptarse a los niños y adolescentes con circunstancias especiales que puedan precisar un número diferentes de visitas dentro del PSI.

MÉTODO
Realizar una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales y por los Servicios de Salud Autonómicos en relación al calendario de visitas recomendado para el PSI.
Revisión de los documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica por parte de los miembros del proyecto de calidad.
Elaboración por los pediatras y enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del correo electrónico.

INDICADORES
Actas de las reuniones presenciales.
Documento único y consensado de la periodicidad de las consultas programadas del PSI para todos los Equipos de Atención Primaria del sector de Huesca

DURACIÓN
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016- ENERO 2017: realización de la revisión bibliográfica
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del Documento de consenso
Abril 2017: Puesta en marcha del nuevo calendario del PSI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE RAMON DE JUAN ASENJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
JIMENEZ SARRADELL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación agenda específica realizado
Creación base de datos no realizado
Continuar formación en dermatoscopia no realizado
Coordinar derivaciones con dermatología no realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº biopsias realizadas 0 / Valoraciones 16
Nº derivaciones dermatología 3 / Valoraciones 16

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Fundamental continuar formación en dermatoscopia y coordinación con el servicio de dermatología .
Necesario la creación de una base de datos para el registro .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/586 ===== ***

Nº de registro: 0586

Título
DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE JUAN ASENJO JOSE RAMON, ORDAS LAFARGA OLGA, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, JIMENEZ SARRADELL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

RESULTADOS ESPERADOS
Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

MÉTODO

Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

INDICADORES

Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

DURACIÓN

Mayo-junio 2018.
Creación de base de datos.
Creación de agenda específica para el proceso.
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre
Reevaluación del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE JOSE RAMON DE JUAN ASENJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
JIMENEZ SARRADELL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.
Se realizará registro de la lesión con descripción clínica y sintomatológica. Se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.
Se registrará en una base de datos crada para esta consulta. No realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones Dermatológicas.

Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de Cirugía menor de nuestro Centro de Salud.

Realización de biopsia, según lesión, en Atención Primaria.

Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al Servicio de Dermatología.

Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes.

VALOR DE INDICADORES

Nº Valoraciones 86

Biopsias 7 6 Dermatología / 1 Atención Primaria

Derivaciones 22 Valoraciones 86

Biopsiadas 6 Exeresis 5 / T. Tópico 1

Crioterapia 4

Sin tratamiento 2

No informadas 5

Sin citar 4

No acude a consulta 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Falta el apoyo solicitado para generar una base de datos específica.

No se ha realizado el contacto con Servicio de Dermatología y el generar un circuito de derivaciones rápidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/586 ===== ***

Nº de registro: 0586

Título

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:

DE JUAN ASENJO JOSE RAMON, ORDAS LAFARGA OLGA, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, JIMENEZ SARRADELL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

RESULTADOS ESPERADOS

Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.
Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

MÉTODO

Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

INDICADORES

Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

DURACIÓN

Mayo-junio 2018.
Creación de base de datos.
Creación de agenda específica para el proceso.
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre
Reevaluación del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA CADENAS PATROCINIO
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
CANCER MORE PILAR
USIETO GARCIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

21 de Abril:

Sesión formativa del Dr Cruz Cubells sobre la Experiencia en Lérida de la consulta de detección, con la utilización del Test Prodiscat Pediátrico.

21 de mayo:

Reunión en Educación con los responsables del Departamento de Atención a la Diversidad, para informar del proyecto y la necesidad de colaboración entre Departamentos, sobre todo con los orientadores de los centros.

24 de octubre:

Se establece la incorporación sistemática del test, en la revisión del niño sano de 6 años, y el circuito de derivación de los niños a los orientadores de los colegios públicos. Se acuerda que el circuito de derivación a los colegios concertados será a través de la Asesora Técnica de Atención a la Diversidad.

23 de noviembre:

Reunión con los orientadores de los colegios públicos para aclarar dudas y concretar la fecha de la reunión al final del curso escolar entre representantes de los servicios de pediatría y ellos

30 de Noviembre:

Validación del test Prodiscat Pediátrico. Información a orientadores, pediatras, departamento de diversidad .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El primer listado, obtenido en abril de 2018 de niños de 0 a 14 años con Episodio P24 activo eran de 315 niños. Tras la adecuación del episodio P24 a los que realmente cumplen criterios y acotar la edad de 6 a 14, son 21 los casos que realmente cumplen criterios de inclusión. Existiendo a partir de este momento una adecuación del 100% de los casos entre diagnóstico y episodio de OMI-AP.

2. De abril a diciembre del 2018 se ha conseguido un aumento en la detección del 30%, muy superior al objetivo marcado, a expensas de niños mayores de 6 años no diagnosticados previamente.

4. Comunicación entre el departamento de Sanidad y Educación al inicio y al final del curso: SI

5. Comunicación entre el Departamento de Sanidad y Educación ante un caso complejo : SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la correlación de episodios ha puesto de manifiesto la importancia de hacer un buen registro del diagnóstico en OMI para obtener una extracción de datos que refleje la realidad.

El mantenimiento de este proyecto queda justificado por la necesidad de conseguir una detección precoz a los 6 años y asegurar el seguimiento adecuado en el colegio.

Nos planteamos como nuevos indicadores:

* nº de test realizados a los 6 años/nº total de niños de 6 años. Objetivo entre 90-100%

* el nº de test positivos a los 6 años/ nº test hechos en la revisión del niño sano a los 6 años Objetivo 5%

7. OBSERVACIONES.

Por movilidad de profesionales en los centros, Vanessa Rodríguez Campodarve y Mª Luisa Sancho Rodríguez han participado en el proyecto hasta diciembre de 2018, para que conste en sus certificados. A partir de Enero de 2019 forman parte del proyecto en sustitución de las anteriores Juan Manuel Jimenez Hereza y Pilar Cancer More.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/721 ===== ***

Nº de registro: 0721

Título

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

Autores:

DOSTE LARRULL DIVINA, LARRIPA CADENAS PATROCINIO, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, SEBASTIAN BONEL FLOR, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, USIETO GARCIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno del aprendizaje
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.

La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.

Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.

La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la "historia personal y desarrollo evolutivo", que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Asegurar la correlación entre el P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo "TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85"
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

MÉTODO

1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

INDICADORES

1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso sospechoso SI/NO. Diciembre 2018

DURACIÓN

1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

- 4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
- 5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso complejo SI/NO. Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANCER MORE PILAR
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL
LARRIPA CADENAS PATROCINIO
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
USIETO GARCIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20%, porque a veces se incluyen a todos los niños con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar entre el 5-10%. La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores, evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa, y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual. Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo). Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas además de problemas sociales y económicos para la familia. La introducción de un test validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico. En la historia personal y de desarrollo evolutivo, debemos prestar especial atención al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas del desarrollo el niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

Por ello nos planteamos una serie de objetivos:

1. Asegurar la correlación entre P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo " TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85" (Episodios OMI-AP)
2. Realizar el test a demanda a cualquier edad ante la presencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
3. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

Se han realizado las siguientes actividades:

Abril 2018: Elaboración de un listado de los niños de 0-14 años con episodio P24 y comprobar su adecuación.

21 de abril 2018: Sesión formativa del Dr. Cruz Cubells sobre la experiencia en Lérida de la consulta de detección de dislexia, con la utilización del Test Prodiscat Pediátrico.

21 de mayo de 2018: Reunión en educación con los responsables del Departamento de Atención a la Diversidad, para informar del proyecto y la necesidad de colaboración entre Departamentos, sobre todo con los orientadores de los colegios.

24 de octubre de 2018: Se establece la incorporación sistemática del test, en la revisión del niño de 6 años, y el circuito de derivación de los niños a los orientadores de los colegios públicos. Se acuerda que el circuito de derivación a los colegios concertados será a través de la asesora técnica de Atención a la Diversidad.

23 de noviembre 2018: Reunión con los orientadores de los colegios públicos para aclarar dudas y concretar la fecha de reunión al final del curso escolar entre representantes de los servicios de pediatría y ellos.

30 de noviembre 2018: Validación del Test Prodiscat Pediátrico. Información a los orientadores, pediatras y Departamento de Diversidad.

Enero 2019: Obtención de los listados de los niños nacidos en 2013, que serán los que cumplan 6 años en 2019.

7 de junio 2019: Reunión en Educación de representantes de pediatría y los orientadores de los colegios públicos para intercambio de impresiones sobre: Dificultades encontradas a la hora de desarrollar el programa, comentar casos positivos,...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

20 de diciembre 2019: Reunión con los orientadores y representantes de pediatría para ver la evolución del Programa y fijar nueva fecha de reunión que queda fijada para el día 8 de mayo de 2020.

Reuniones varias de los componentes de los equipos de pediatría de los centros de salud: Perpetuo Socorro, Pirineos, Santo Grial y Grañén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer objetivo del proyecto era asegurar la correlación entre P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo TDAH, déficit de Atención P21, o retraso mental P85. En el listado obtenido en abril de 2018 el número de niños de 0-14 años, con episodio P24 activo eran 315 niños, tras la adecuación del episodio, son 21 los casos que realmente cumplen criterios de Dislexia. Existiendo a partir de ese momento una adecuación del 100% de los casos entre diagnóstico y episodio OMI-AP,

En cuanto al 2º objetivo, hasta diciembre de 2018 se ha conseguido un aumento en la detección de casos del 30% (objetivo marcado del 2%), a expensas de niños de 6-14 años no diagnosticados previamente o que no tenían registrado en OMI-AP ese episodio.

En cuanto al tercer objetivo, como la introducción sistemática del test a los 6 años no se realiza hasta octubre de 2018, para la valoración de resultados se coge como población a los niños nacidos en 2013 que son todos los que van cumpliendo 6 años a lo largo de 2019.

Nos planteamos como indicadores:

*nº test realizados a los 6 años/nº total de niños de 6 años. Objetivo entre 90-100%.

*nº test positivos a los 6 años/nº test realizados en la revisión del niño sano a los 6 años. Objetivo 5%

El número total de niños es de 658. De los cuales se excluyen 7 por distintos motivos (patología neurológica, dificultad con el idioma, van a la privada). Por lo tanto el nº de niños para evaluar es de 651. A todos los niños que han acudido se les ha realizado el test. El nº de test realizados es de 563.

Nº test realizados a los 6 años /Nº niños 6 años: 563/651. Se ha realizado el test al 86,48%

El nº de test realizados es inferior a lo planteado como objetivo (90-100%), esto se debe a que algunos niños aún no han venido a la revisión. Lo que es importante es que a todos los que han venido sí que se les ha realizado.

El nº de test positivos ha sido de 17

Nº test positivos/ Nº test realizados a los 6 años:: 17/563 3%

Se había previsto una incidencia de Dislexia del 5%. La incidencia observada es menor: 3%.

Hay algunos casos considerados como "dudosos" que no llegan a los 4 ítems positivos de corte en el test, tienen 2 ó 3. A estos niños se les repetirá el test en unos meses, considerándolos niños de riesgo y habrá que ver si más adelante se considerarán niños con dislexia.

También se han detectado casos positivos de niños de otras edades, no diagnosticados previamente: 10 niños

El 4º objetivo se ha cumplido, manteniendo reuniones diversas con el Departamento de educación. Comentando los casos derivados y haciendo propuestas de mejora del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la correlación de episodios ha puesto de manifiesto la importancia de hacer un buen registro del diagnóstico en OMI para obtener una extracción de datos que refleje la realidad.

El mantenimiento de este proyecto queda justificado por la necesidad de conseguir una detección precoz a los 6 años y asegurar el seguimiento adecuado en el colegio. Se seguirán también los niños con test dudoso, para que no queden casos sin diagnosticar.

El contacto con Educación ha sido muy enriquecedor, ya que mismas patologías, pueden abordarse desde distintos puntos de vista.

Sería interesante que el test Prodiscat Pediátrico se pudiese incluir como plantilla en OMI, en la revisión de los 6 años del programa niño sano.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/721 ===== ***

Nº de registro: 0721

Título
MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Autores:
DOSTE LARRULL DIVINA, LARRIPA CADENAS PATROCINIO, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

SEBASTIAN BONEL FLOR, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, USIETO GARCIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno del aprendizaje
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.
La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.
Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.
La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la "historia personal y desarrollo evolutivo", que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Asegurar la correlación entre el P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo "TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85"
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

MÉTODO

1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

INDICADORES

1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso complejo SI/NO. Diciembre 2018

DURACIÓN

1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso complejo SI/NO. Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Fecha de entrada: 28/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
ARTERO GUILLEN BELEN
PLANO VIDOSA MARIA PILAR
VELDUQUE BALLARIN ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo de mejora

2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto

Presentación del proyecto en espacios normalizados:

Feria del libro de Barbastro

Feria del libro de Huesca

Mercado Medieval de Asapme

Feria del libro de Monzón

3. Talleres de cocina quincenales

4. Sesiones educativas de habilidades sociales mensuales

5. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red

de salud mental:

Convivencia con usuarios Asapme

6. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas de

Psiquiatría "Arte y salud mental" Hospital San Jorge el 12/12/2018

7. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas

Aragonesas: La alimentación: trastornos alimenticios versus vida saludable.

Hospital San Jorge, 26/02/2019

8. Próxima asistencia y realización de un taller de cocina por parte de los

pacientes para el público en general en la V feria de las asociaciones

Monzón y Cinca Medio 9 y 10 de marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Escala Virtuales de Satisfacción: ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN

Grado de Cumplimento:

- Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
100%

Grado de Cumplimento:

- Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan: alto grado de adherencia a la actividad. Se han beneficiado una media de 20 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.

Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo en la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1221 ===== ***

Nº de registro: 1221

Título
INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Autores:

LANAO MARTIN ADOLFO, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ARTERO GUILLEN BELEN, PLANO VIDOSA MARIA PILAR, ELBOJ SASO MARTA, VELDUQUE BALLARIN ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora "Creación de un taller de escritura-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA, desarrollado en este centro desde el año 2015.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.

Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo el la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

La integración en la comunidad de una persona con una enfermedad mental supone uno de los mejores respaldos para su buena evolución clínica, impulsando la recuperación de su proyecto vital y la integración social, evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social.

La herramienta utilizada para este fin será la divulgación del libro de cocina *Apetito Común* escrito por los pacientes del CRP. Se programarán diferentes actividades e intervenciones comunitarias que permitan hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general:

Articular intervenciones comunitarias con pacientes con TMG, a través de la divulgación del proyecto *Apetito Común*, trabajando la integración en la comunidad y la erradicación del estigma y la discriminación social.

Objetivos específicos:

Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador
Participación activa de la comunidad
Asegurar el derecho de ciudadanía.
Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
Generar habilidades de adaptación para responder a las demandas de la vida comunitaria, que deben ser aprendidas "in situ"
Lograr el reconocimiento social, familiar y del entorno.
Aprender habilidades sociales
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

MÉTODO

1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto
Presentación del proyecto en espacios normalizados:
Feria del libro de Barbastro
Feria del libro de Huesca
Mercado Medieval de Asapme
Presentación en la librería Cálamo en Zaragoza
3. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros..
4. Búsqueda del apoyo de otros organismos vinculados a los servicios de Salud Mental.
5. Sesiones educativas de habilidades sociales
6. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental

INDICADORES

1. Grado de Cumplimento:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios)al inicio y al término del proyecto.

DURACIÓN

El proyecto se realizará entre el año 2018, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.

1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado para marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Búsqueda de espacios normalizados para la presentación del proyecto y realización de los trámites burocráticos.
4. Talleres prácticos de habilidades sociales.
5. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora
6. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
7. Inicio de la presentación de proyecto en espacios comunitarios (feria del libro...)

2ª FASE DE DE 2018:

1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea.
2. Talleres prácticos de habilidades sociales, entrenamiento "in situ"
3. Continuación de la presentación del proyecto por parte de los usuarios en espacios comunitarios (mercado medieval, librería Zaragoza..)
4. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2018 por parte del responsables del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

1. TÍTULO

OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

Fecha de entrada: 13/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
LANAO MARTIN ADOLFO
CEBOLLERO BUISAN LARA
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
PICONTO NOVALES MARIA
GRACIA ASCASO IRENE
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Incorporación al equipo del proyecto, desde el primer momento de la puesta en marcha, de la responsable del servicio de admisión del centro (Carmen Cerezuela).
- Gestiones con director de Enfermería de Atención Primaria (abril 2019).
- Se han llevado a cabo dos reuniones con los diversos integrantes del equipo del proyecto (25 de julio y 16 de octubre 2019).
- Una reunión con una de las policías locales del equipo de familia (10 de septiembre 2019).
- Una reunión con la técnico de salud (1 de octubre 2019).
- Desde mediados de noviembre 2019 se está en conversaciones vía mail con responsable de procesos informáticos (Fernando Bielsa) al objeto de mejorar en programa OMI la detección de persona sola.
- Se han llevado a cabo prueba piloto de recogida de información a través de la base registral, creada al efecto (octubre-noviembre 2019).

En cuanto a los recursos empleados, recursos humanos: el propio equipo del proyecto incluyendo, además, a la responsable del servicio de admisión; y recursos materiales: material fungible y no fungible disponible en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se dispone de una base registral con 35 indicadores (20 diseñados ad hoc más 14 indicadores de riesgo social sanitario ya reconocidos en 2015 en un proyecto de mejora de la calidad). Uno de los dos indicadores planteado en el AGC 2019 en relación a este proyecto fue: Se realizará una base registral de personas solas.
- Se dispone de un procedimiento escrito de captación-detección de persona sola en consulta que incluye, entre otros: criterios de inclusión y exclusión, propuesta de inclusión de persona sola en el proyecto, investigación, transferencia de la información y actualización de la misma. El otro indicador planteado en el AGC 2019 en relación a este proyecto fue: Se realizará un procedimiento de captación-detección activa de personas que viven solas y su inclusión en dicha base registral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Con las actividades realizadas y los resultados obtenidos se han cumplido los indicadores planteados en el proyecto para el 2019 y, por tanto, en los AGC 2019.
- Consideramos que es posible dar continuidad al proyecto y estamos convencidos de que la próxima fase del mismo permitirá disponer de información objetiva de interés en relación a las personas que viven solas y la instauración continuada del Observatorio que, valorado en su momento, podría ser de interés en otras zonas de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/149 ===== ***

Nº de registro: 0149

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

1. TÍTULO

OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

Título
OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCION, PERFIL Y MAPA

Autores:
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS, ORDAS LAFARGA OLGA, LANA O MARTIN ADOLFO, CEBOLLERO BUISAN LARA, ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION, PICONTO NOVALES MARIA, GRACIA ASCASO IRENE, BOTAYA ESTAUN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección de situación de persona que vive sola, con o sin patología asociada
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

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

Objetivos específicos:
- Elaborar el perfil y mapa de la persona sola en la zona de salud Santo Grial de Huesca, a partir de una base registral.
- Detectar-identificar-captar personas que viven solas en situación de riesgo social sanitario*, de accidente doméstico (caída, incendio, etc.) y otros sucesos (desaparición, robo, etc.) susceptibles de generar atención sanitaria urgente, con el fin de evitar o reducir su probabilidad.
- Contribuir a evitar muertes indeseadas (suicidios y homicidios, principalmente).
- Facilitar procesos de atención sanitaria (física, psíquica y social) en sus diferentes niveles (Urgencias, Primaria y Especializada) y con otros sistemas y servicios.

MÉTODO
- Diseño de una base registral.
- Detección-captación de personas solas.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

1. TÍTULO

OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

DURACIÓN

- Diseño de base registral: abril-mayo 2019.
- Captación de personas solas: junio-noviembre 2019.

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

1. TÍTULO

CHIPANDO A LA VIDA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
USIETO GRACIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
MATEO FERRANDO ANA MARIA
GRACIA ASCASO IRENE
LATRE OTAL VANESSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. CRONOGRAMA DE IMPLANTACION

-Análisis de la situación:

Desde el colegio Pedro J. Rubio nos han trasladado una demanda específica de formación sobre temas de RCP para niños y profesores por lo que se pone en marcha este proyecto de enseñanza de RCP con los alumnos de 6º curso y con el profesorado de este colegio.

Tras la realización del proyecto acercándonos a la escuela que se ha realizado durante los últimos años se ve la importancia de implicar a los colegios en la educación sanitaria.

-Designación del equipo de trabajo multidisciplinar formado por pediatras, enfermera de pediatría, médico de familia, enfermera, MIR de familia en Febrero de 2019

-Coordinación con la dirección del centro escolar en Febrero de 2019

-Preparación del contenido de la formación y reparto de tareas de Marzo a Mayo 2019 con reuniones de los integrantes del equipo del proyecto.

-Obtención de los materiales necesarios para la parte práctica en mayo 2019

-Realización de talleres con profesorado y alumnos: 22 y 23 de mayo de Mayo 2019 respectivamente

-Evaluación y análisis de los resultados conseguidos en Junio-Octubre de 2019

PLAN DE COMUNICACION

-Se comunica la puesta en marcha proyecto a todo el equipo de Atención Primaria en reunión de equipo.

-Se informa del proyecto a componentes del grupo de salud comunitaria de Aragón.

-La dirección del centro escolar informa y convoca a todos docentes del taller de RCP.

SESIONES

Se realiza la sesión con los profesores, primero hay parte teórica en la que se explica la RCP básica y el uso del desfibrilador mediante sesión de power point y después una parte práctica en la que se trabaja con los muñecos de RCP.

Con los alumnos se realiza un test sobre RCP antes del taller y el mismo posteriormente al taller. El taller consiste en parte teórica en la que explica la secuencia de RCP básica, la posición lateral de seguridad y las maniobras de Heimlich. Estos aspectos son trabajados después en la práctica con los muñecos y en parejas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. EVALUACION DE LOS RESULTADOS

La evaluación se ha realizado en base a :

-Test previos y posteriores al taller con alumnos

-Encuestas de satisfacción a los docentes

-Observador externo: durante la parte teórica impresiones de actitud de los participantes y en la parte práctica como evaluador además de la realización de la práctica.

Indicadores:

-Nº preguntas acertadas en test posterior al taller : 80%

-Aumento de acierto de preguntas test posterior a taller en relación a test anterior al taller: 25%

-Valoración como atención adecuada/Total atenciones: 80%

-Nº asistentes del alumnado 6º curso/Total alumnos 6º curso: 99%

-Nº asistentes profesorado/Total profesorado: 22/30: 73,5%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

1. TÍTULO

CHIPANDO A LA VIDA

-Valoración encuestas de satisfacción: puntuación 8,5/10

IMPACTO

Cumplimiento de los objetivos :

- Implicación de la población en los procesos asistenciales desde edades tempranas: gran parte de la población diana ha sido adolescentes de 11-12 años, participando un total de 74 alumnos.
- Mejorar la calidad asistencial en RCP: la evaluación de la práctica y el resultado de los conocimientos aprendidos en base a los test han sido muy buena, evidenciando una mejoría significativa.
- Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios: tanto docentes como alumnos han quedado muy satisfechos con la actividad como muestran las encuestas de satisfacción tanto en las preguntas cerradas como en las observaciones, en las que consideran necesaria este tipo de formación de manera frecuente.

Orientación a población.

La población a la que se ha dirigido ha sido tanto a docentes como en proyectos anteriores como a niños de 6º de primaria. Consideramos muy positiva la actividad con los niños, ya que se han mostrado muy receptivos y con muchas ganas de aprender. Además se ha podido comprobar que los conocimientos que tienen de RCP son insuficientes, y que han mejorado tras la actividad. Por lo que creemos que hacer mas extensivas este tipo de actividades en el colegio incluyendo a los alumnos es importante.

Valoración del equipo de mejora

La valoración de los profesionales sanitarios es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado tanto por el profesorado como por los alumnos por la información, recursos y materiales utilizados; así como en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La parada cardiorespiratoria es un problema de salud pública que implica a todos los colectivos. El reconocimiento de la misma y saber actuar es fundamental para la supervivencia. Por lo que se hace imprescindible la educación sanitaria.

La enseñanza en edades tempranas es fundamental para la absorción de conocimientos, ya que es la etapa con mayor capacidad de motivación y aprendizaje, permitiendo modificar los hábitos de conducta y permite un acceso fácil a la población.

Así mismo la enseñanza a profesores sirve para asentar las bases del aprendizaje de la RCP básica en los colegios, la cual no es está regulada.

Según la normativa actual los colegios deberán contar con un desfibrilador semiautomático, por lo que el aprendizaje en RCP y manejo de DESA es necesario.

El proyecto es sostenible, ya que se puede realizar con pocos recursos y la población a la que va dirigido es accesible.

Como lecciones aprendidas hemos visto que los niños pueden ser una población diana en la que también se puede trabajar, consiguiendo aprendizajes y cambio de conocimientos en ellos y haciéndoles participes de la estrategia de salud comunitaria.

El proyecto también ha servido para mantener el canal de comunicación con el profesorado del colegio con el que se ha trabajado los años anteriores y cuyos alumnos pertenecen de forma casi total a nuestra zona de salud, siendo nuestros pacientes, por lo que también se estrecha la relación medico-paciente en la etapa de la adolescencia, al tener contacto fuera del centro de salud.

Es un proyecto que puede ser replicado dada su buena acogida, su escaso requerimiento de recursos pero la gran importancia del tema tratado.

7. OBSERVACIONES.

Además de las personas integrantes en el proyecto, el MIR de Familia Pedro J.Presa Rodrigo ha participado en el proyecto de forma activa tanto en los talleres como en la evaluación. Tras hablarlo con la persona responsable del Sector Huesca se hace constar por si se puede tener en consideración de cara a la certificación de la memoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/627 ===== ***

Nº de registro: 0627

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

1. TÍTULO

CHIPANDO A LA VIDA

Título
CHISPANDO A LA VIDA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, USIETO GRACIA TERESA, DOSTE LARRULL DIVINA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, MATEO FERRANDO ANA MARIA, GRACIA ASCASO IRENE, LATRE OTAL VANESSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

1. TÍTULO

CHIPANDO A LA VIDA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Fecha de entrada: 04/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLERO BUISAN LARA
ESCARIO PEREZ JUDITH
HEREDIA OLMOS MARIA JESUS
IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES
CANUDO AZOR MARIA DOLORES
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
ROMAN ESCARTIN MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En cuanto a las actividades:

Reuniones entre profesionales sanitarios y docentes:

Se hizo una reunión inicial de puesta en común entre el personal docente del Instituto Educación Secundaria (IES) Ramón y Cajal y los profesionales sanitarios. De esta reunión se hizo un primer esbozo de lo que podría ser el proyecto.

Pasados unos días y ya habiendo reflexionado sobre el diseño se hizo una nueva reunión entre docentes y sanitarios, y allí, se decidió que en el diseño del proyecto debían participar con especial protagonismo los propios alumnos (población diana). La participación del alumnado se hizo efectiva mediante varias horas de tutoría donde cada tutor con su grupo trabaja los contenidos que eran de especial interés para el alumnado, es decir, el propio grupo mediante distintas dinámicas decidía cuales eran sus necesidades sentidas en materia de educación para la salud.

Poco a poco, cada vía educativa de segundo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) fue perfilando cuales eran los temas que más le interesaba que los profesionales sanitarios trabajasen con ellos.

Reuniones de profesionales sanitarios con alumnos:

Es destacable la reunión con los delegados de alumnos y principales representantes de cada vía para detectar necesidades de salud sentidas. Esta reunión tuvo lugar en la sala de juntas del Centro de Salud, se podría haber hecho en el centro educativo pero se pensó que convocarles a una reunión en el centro de salud iba a darle el cuerpo y la seriedad que merecía. Como la población diana son adolescentes de 14 años (año en el que abandonan la consulta de pediatría para pasar a la de adulto) el invitarles a salir del centro porque nos interesa reunirnos con ellos les dota de importancia y de responsabilidad, deben traer la reunión preparada, deben llegar a tiempo, deben participar..., no se debe olvidar que uno de las principales estrategias que se busca es que el alumnado se empodere en la toma de decisiones.

La preparación de la reunión con el alumnado implicó muchas reuniones de equipo de profesionales sanitarios. Esta reunión fue un éxito y muy productiva, se hizo un grupo focal con alumnos y profesionales sanitarios, se hicieron atractivas dinámicas que crearon un clima colaborativo y muy enriquecedor. De esta reunión sacamos los temas en materia de educación para la salud que eran de interés para el alumnado.

En el diseño se pensó en que los profesionales sanitarios se sentasen de forma que dejaran huecos para que los alumnos quedasen mezclados con ellos. Todos estaban sentados en torno a una mesa ovalada de reuniones (nadie estaba de espaldas a nadie). Es destacable decir que los profesionales sanitarios llevaban una serie de temas preparados por si los alumnos no los sacaban por vergüenza o por tabú, al final el alumnado demostró madurez y ellos mismo sacaron todos los temas esperables a la luz y otros muchos más.

La colaboración de los alumnos fue muy participativa y eso fue gracias al trabajo previo realizado por los tutores en el instituto.

Entre las dinámicas que se hicieron, podemos desglosar: inicialmente nos presentamos al grupo, para romper el hielo se hizo una dinámica en la que se lanzaba un ovillo y cada persona que lo recibía decía una necesidad sentida en educación para la salud, a la vez a modo de lluvia de ideas se apuntaba en un rotafolio lo dicho. Otra dinámica fue poner en sobres cerrados, de forma anónima los intereses de cada vía escolar. Entre medio hubo grandes debates, el alumnado sorprendió por su preparación para la sesión, por su naturalidad y por su colaboración.

Los temas que resultaron de interés para el alumnado fueron: consumo de tóxicos y la ansiedad ante los estudios. Recordar que esta dinámica se pudo llevar a cabo por la colaboración previa de los profesores del instituto había orientado a los alumnos para que pensasen que temas en materia de educación para la salud les interesaba reforzar. Cada clase eligió unos representantes que viniesen al CS a contarnos lo que su grupo de iguales había considerado más importante.

Una vez conocidos los temas que más interesaban a los jóvenes diseñamos las intervenciones y las llevamos a cabo. Para el diseño de las actividades tuvimos que asesorarnos con otros profesionales. Nos reunimos con la unidad de salud mental infanto-juvenil del Centro de Salud Pirineos de Huesca. También participó un miembro en el Taller Estrategia educativa para prevenir el abuso adolescente de alcohol que organizó la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón y que dinamizó Hilario Garrudo (EDEX).

Una vez diseñada la dinámica a llevar a cabo en el instituto se puso en práctica con cada vía escolar, en ningún momento se dieron charlas, todas las dinámicas buscaban activar conocimientos previos del alumnado para mediante el aprendizaje guiado y partiendo de la zona de desarrollo próxima del individuo fuesen ellos los que generasen un debate grupal en el que ellos con la guía del moderador consiguiesen ir confrontando creencias y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

construyendo su propio aprendizaje. Entre las herramientas que se utilizaron, se hizo un video fórum y también se proyectaron imágenes que despertaban interés para debatir. El éxito de estas dinámicas radicó en que la metodología era activa y participativa y así el alumnado se posicionó como los protagonistas de la sesión.

Dejamos un enlace del vídeo que se proyectó: <https://www.youtube.com/watch?v=a9mvJaB7jWI&t=32s>
En cuanto a la organización y comunicación entre profesionales destacar la buena disposición de los profesionales por salvar las dificultades para reunirse y coordinarse como son los claustros, épocas de evaluación, agendas de sanitarios, campañas... realmente hubo una colaboración muy estrecha y coordinada. Todos los profesionales creyeron en el proyecto como elemento importante para el empoderamiento del alumnado en promoción de la salud.

Por último, destacar en relación a la temporalización, se cumplieron los plazos tal cual se programaron. Entre las acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados: Es interesante destacar la reunión llevada a cabo con el alumnado en el centro de salud, de ahí descubrimos que los alumnos tenían una necesidad sentida que ni docentes ni sanitarios estábamos percibiendo: su preocupación por la ansiedad ante los estudios.

Haberles preguntado y haberles hecho partícipes en el diseño del proyecto creemos que han sido las claves del éxito en cuanto a la buena acogida del proyecto y de sus dinámicas. Los alumnos lo han valorado positivamente y hemos percibido cómo han valorado el trabajo que hemos llevado a cabo entendiendo lo importante que es para su salud.

Por otro lado, destacar que facilitar distintos canales de comunicación y permitir amplios horarios para hacerlo ha facilitado que el proyecto haya ido desarrollándose en los plazos marcados. Esto refleja un compromiso por parte de todos los profesionales implicados en el proyecto.

En cuanto a material para desarrollar el proyecto:

Destacar la técnica del ovillo que supuso un éxito a la hora de romper el hielo, además al no soltar el cabo del ovillo se teje una red que conecta a todos los asistentes sirviendo para crear un primer vínculo y confianza y dónde se manifiesta que adultos y adolescentes están en el mismo nivel en la reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos planteados:

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

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

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

Al menos el 60% de los profesionales sanitarios participarán en el diseño y preparación de la sesión de Educación

Para la Salud que se impartirá con el alumnado de 2º de ESO.

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

Existe un formulario de evaluación inicial para alumnos.

Existe un formulario de evaluación final para alumnos.

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

Siguiendo los objetivos destacan los siguientes resultados:

Las principales necesidades sentidas en salud del alumnado fueron: consumo de tóxicos y ansiedad ante los estudios.

Se realiza una reunión con los representantes del alumnado

Se consiguió una implicación y participación activa del profesorado y del alumnado, estableciendo distintos canales de comunicación (presencial, email, teléfono)..

El 75% de los profesionales mantiene un compromiso estable con el proyecto participando en el diseño e implantación de la sesión.

Se diseña e imparte una sesión de educación para la salud atendiendo a las necesidades sentidas del alumnado y dónde éste participó activamente.

Se supera el 80% de la participación del alumnado, ya que la buena colaboración entre profesionales hizo que no se retrasaran los plazos y antes de finalizar el curso se pudo hacer la dinámica con todas las vías educativas.

Se aplican los tres formularios de evaluación (inicial, final para el resultado) y también evaluación de proceso.

Destacar que en cuanto a la evaluación de resultado, se pasaron unas encuestas previas y posteriores a la sesión didáctica con los alumnos en el instituto. El resultado fue sorprendente porque se aprecia una mejora, especialmente en el caso de la ansiedad ante los estudios.

Las encuestas se diseñaron en reuniones entre los profesionales incluían mayoritariamente preguntas cerradas a elegir entre múltiples opciones o medir en un rango de escala tipo Likert. También había alguna pregunta abierta.

También se hizo evaluación del proceso, se hacía una reunión mensual entre profesionales, en ellas el objetivo era ver si se cumplía la temporalización programada y ver qué cambios eran necesarios sobre la programación inicial para adaptarse a las características de cada grupo..

En cuanto al impacto, el proyecto lo disfrutaron todas las vías escolares de 2º de ESO, superando el objetivo inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lección aprendida: al escuchar a la comunidad descubres necesidades sentidas que como profesional puedes no percibir.

Ni los profesores ni los sanitarios se planteaban el tema de la ansiedad ante los estudios como un tema de interés a tratar con el alumnado. A su vez, los profesionales tenían muchos temas en el punto de mira, y como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

no sabían cual priorizar se decidió que participase en el diseño el alumnado, esta situación fue clave para descubrir que los alumnos tenían una prioridad que se estaba escapando a los profesionales. El proyecto es replicable, creemos que las actividades y dinámicas se pueden extrapolar a cualquier instituto del territorio independientemente del tipo de alumnado, de que esté en el rural o urbano, además la clave del éxito está en conocer la identidad de cada grupo (necesidades sentidas) y partir de ahí. Por otro lado, creemos que es sostenible puesto que ya se han abierto vínculos y formas de colaboración con el profesorado del centro, ya se ha creado una metodología de trabajo que funciona.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1272 ===== ***

Nº de registro: 1272

Título
JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Autores:
LANAO MARTIN ADOLFO, CEBOLLERO BUISAN LARA, ESCARIO PEREZ JUDITH, HEREDIA OLMOS MARIA JESUS, IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES, CANUDO AZOR MARIA DOLORES, ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA, ROMAN ESCARTIN MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación Para la Salud. Actividades preventivas.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Siguiendo los principios de una Escuela Promotora de Salud el centro asume en su proyecto educativo los siguientes criterios:
Promover de manera activa la autoestima de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitar al alumnado para que puedan tomar sus propias decisiones.
Fomentar lazos sólidos entre el centro y la comunidad.
Establecer relaciones de colaboración entre los centros de educación secundaria para desarrollar programas coherentes en educación para la salud.
Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de educación para la salud, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.
Las necesidades han surgido sincrónicamente desde el IES Ramón y Cajal de Huesca, adscrito a la Red de Escuelas Promotoras de Salud y desde los centros de salud Santo Grial y Pirineos de Huesca.
La pertinencia de este proyecto radica en que todos los agentes (el IES y los dos Centros de Salud) creemos necesario capacitar a los adolescentes de nuestra zona de salud para que tengan habilidades, estrategias y recursos para la promoción de su salud y consigan un modo de vida sano teniendo la consciencia de construir un entorno saludable en el presente y en el futuro.
Siguiendo con la pertinencia, creemos que la primera acción es conocer cuáles son las necesidades que el propio alumnado detecta y demanda de nosotros para mejorar sus estrategias de afrontamiento en la promoción de su salud. Por ello pensamos, que si queremos que sean proactivos en el cuidado y mejora de su salud la mejor forma de ayudarles es partiendo de sus demandas.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Empoderar al alumnado del IES Ramón y Cajal de Huesca en materia de promoción de la salud, teniendo en cuenta sus demandas a nivel grupal.
Objetivo específico:
Detectar las principales necesidades sentidas en salud por parte del alumnado mediante una reunión con los delegados o principales representantes de cada vía escolar.
Facilitar la colaboración y coordinación de los profesionales de educación con los profesionales sanitarios en materia de promoción de la salud mediante distintos canales de comunicación.
Preparar una sesión de educación para la salud de forma coordinada entre los profesionales sanitarios del proyecto, respondiendo a las necesidades detectadas en el alumnado.
Impartir una sesión de educación para la salud según la organización propuesta por el IES dónde se trabajen

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

las necesidades de salud sentidas por el alumnado.

MÉTODO

Se propone una reunión para puesta en común entre profesionales sanitarios y profesionales del centro docente, donde se exponen las diferentes visiones y se elabora una línea de acción común.
Reunión con los delegados de alumnos y principales representantes de cada vía para detectar necesidades de salud sentidas, a realizar en el Centro de Salud Pirineos.
Reuniones entre profesionales de ambos Centros de Salud para coordinar y organizar la elaboración y exposición de la sesión de educación para la salud que se impartirá en el centro educativo.
Impartir la sesión de educación para la salud elaborada para dar respuesta a las necesidades percibidas por el alumnado diana.

INDICADORES

Detectar las dos principales necesidades sentidas en salud del alumnado de 2º de ESO del IES Ramón y Cajal.
Realizar al menos una reunión entre sanitarios y los delegados o representantes de los alumnos para conocer sus necesidades de salud.
Se establecen al menos dos canales de comunicación entre profesionales sanitarios y docentes para favorecer la coordinación y colaboración.
Al menos el 60% de los profesionales sanitarios participarán en el diseño y preparación de la sesión de Educación Para la Salud que se impartirá con el alumnado de 2º de ESO.
Se imparte la sesión o sesiones requeridas según la organización del IES para llegar al menos al 80% del alumnado.
Existe un formulario de evaluación inicial para alumnos.
Existe un formulario de evaluación final para alumnos.
Existe un formulario de evaluación para los profesionales sanitarios implicados y para el equipo docente.

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

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

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 - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
USIETO GRACIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
CAJAL MARZAL ADOLFO
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Organización:

-Análisis de la situación: revisión BOA 24/06/2015. Instrucciones relativas a organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros no docentes.
-Formación del equipo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de familia, trabajador social en Marzo 2017.
-Selección de centros escolares en Mayo 2017. Responsables: Zulema Pinillos, Maite Jiménez, Olga Ordás.
-Envío de cartas a la dirección de cada centro al final del curso escolar informando del proyecto. Junio 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Llamada telefónica a los directores de los centros para toma de contacto, explicar proyecto y acordar reunión para concretar intervención. Septiembre 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Reuniones con dirección de centros escolares: Octubre 2017. Responsable Zulema Pinillos y Olga Ordás.

Comunicación:

-Información sobre la evolución de proyecto al resto de los profesionales del centro de salud en las distintas reuniones de equipo realizadas a lo largo del año. Responsable Adolfo Cajal.
- Se realiza curso como evaluar proyectos de comunitaria en Octubre 2017 donde se comparte con otros compañeros del sector. Responsables: Olga Ordás y Zulema Pinillos
-Se da a conocer el proyecto al Grupo de trabajo de Pediatría comunitaria de Arapap (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria) y se presenta en las XIII Jornadas Aragonesas de Pediatría de Atención Primaria el 27 de Octubre dentro de la mesa redonda "Actividades comunitarias: otra manera de hacer pediatría". Octubre 2017. Responsable Maite Jiménez.

Intervención:

-Reuniones con los equipos directivos de los centros docentes para valorar necesidades formativas, concretar los temas a tratar y fijar la fecha de las sesiones.
Las reuniones con los equipos directivos de los centros que han querido participar en el Proyecto se realizaron:

.CEIP El Parque: 5 de Octubre de 2017. Responsable Olga Ordás y Zulema Pinillos
.CEIP Pedro J. Rubio: 3 de Noviembre de 2017. Responsable Zulema Pinillos.

-Sesiones formativas a los docentes .Se desplaza personal del Centro de Salud a los colegios. Se realizan tres sesiones:

-CEIP El Parque: Se realiza el 18 de Octubre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y espasmos del sollozo. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Olga Ordás, Guadalupe Ordoñez)
-CEIP Pedro J. Rubio: Se realiza el 15 de Noviembre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y atragantamientos. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Teresa Usieto, MIR familia)
-CEIP El Parque: Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia (Angel Luis Arricivita Amo)

Evaluación:

La evaluación de las intervenciones se realiza mediante:

-Encuestas de satisfacción anónimas dirigidas a los docentes en las que se puntúa del 1 al 5 (siendo 5 la mejor puntuación) la duración de las sesiones, el material didáctico utilizado, a los ponentes, expresión y conocimiento del tema, conocimientos adquiridos, utilidad y si recomendarían la sesión a otros compañeros. Además, se incluye en las encuestas un apartado de sugerencias para que los docentes puedan expresar libremente su percepción sobre las sesiones y propuestas de mejora.
-Observador externo: valora la asistencia, la interacción entre el claustro de profesores y el personal sanitario, la aceptación y valoración de los dispositivos que se llevaron para que pudieran manipular y probar y el material utilizado en las sesiones y que se dejó en los centros. Responsable: Angel Luis Arrecivita, MIR familia en CEIP el Parque y Olga Ordas en CEIP Pedro J. Rubio.

Materiales utilizados:

-Las sesiones fueron elaboradas a partir del material de la Guía para Centros Docentes de la Asociación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

<https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/guia-aepap-para-centros-docentes>

-En la sesión de actuación frente a las convulsiones se incluyeron vídeos de la Asociación Aragonesa de Epilepsia y se les facilitó el enlace a web de consulta (vivirconeepilepsia.es)
-Se llevó a los centros dispositivos que pueden ser necesarios en situaciones de emergencia en niños con enfermedades crónicas para que los pudieran manipular y probar como diacepam rectal en epilépticos y adrenalina en casos de anafilaxia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Valor Indicadores:

1. N° reuniones de grupo: Se han realizado a lo largo del año varias reuniones entre los componentes del grupo, aunque no de forma protocolizada. Se plantea para el próximo año realizar reuniones de forma más establecida en la que participen todos los componentes.
2. N° de sesiones formativas dadas a los docentes. Contenido.
Sesión formativa en CEIP El Parque: Convulsiones, Anafilaxia y alergias, heridas y traumatismos, espasmos de sollozo y desvanecimientos.
Sesión formativa aspectos psicosociales en situaciones de urgencia-emergencia en CEIP El Parque
Sesión formativa en CEIP Pedro J Rubio: Convulsiones, anafilaxia y Alergias, heridas y traumatismos y atragantamientos.
3. N° Docentes que participan en la formación/N° total de docentes:
- CEIP El parque 15/30= 50%
- CEIP Pedro J rubio: 35/37: =94,59%
4. N° centros educativos públicos en que se impone formación/N° total CEIP zona básica se salud: 100%
5. N° CEIP en los que se contacta /N° CEIP en los que se realiza formación: 50%

Grado de consecución de los objetivos del proyecto:

En las reuniones concertadas con los equipos directivos previas a las sesiones formativas se exploran las necesidades sobre la forma de actuar ante las distintas situaciones sanitarias que pueden surgir en los colegios y se adaptan los temas a tratar a las sugerencias y necesidades percibidas por cada centro de acuerdo con el objetivo general del proyecto.

En ambos centros se realizaron sesiones también durante el año 2016 y se completa la formación ante situaciones de urgencias frecuentes, forma de actuación en niños con patologías crónicas, se resuelven dudas, se recuerdan los cauces correctos a la hora de ponerse en contacto con los servicios sanitarios, se da conocer material sanitario que puede ser necesario en situaciones de urgencia para que puedan manipularlo, probarlo y comprobar de forma supervisada su uso correcto y se dan conocer recursos disponibles y accesibles para poder ser utilizados en cualquier momento.

Se ha contactado con todos los colegios públicos de la zona y con 2 concertados.
Con una participación de momento del 100% de los centros públicos y con una participación una elevada asistencia de docentes a las sesiones.

Descripción de resultados alcanzados:

- Observador externo:
 - Valora como positivo:
 - . Percibe en ambos centros buen ambiente e interés del personal docente por las presentaciones .Continúan las explicaciones y toman apuntes.
 - .Buena recepción del material de consulta dejado en los ordenadores los centros, la guía de para centros docentes de AEPap y enlace a web de consulta sobre epilepsia.
 - .Buena aceptación de los dispositivos (adrenalina, diacepam rectal) que se llevan desde el centro para que puedan manipular y tocar.
 - .Buena interacción entre el personal docente y sanitario. Preguntan dudas sobre la forma de administración de la medicación, expresan situaciones que les generan temor y manifiestan su agrado hacia temas como heridas y traumatismos por su gran aplicabilidad diaria.
 - .El personal docente hace nuevas propuestas para futuras sesiones.
 - Puntos de mejora percibidos por el observador:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

.En uno de los centros se produjo un retraso en el inicio de la sesión por falta de puntualidad de parte de los docentes y tres de ellos abandonaron la sala sin que hubiera finalizado y sin rellenar las encuestas de satisfacción.

.Escaso tiempo para abordar algunos de los temas propuestos. Percibe que sería necesario reducir el número de temas por sesión y limitar la duración a una hora para evitar sobrecarga de información a los docentes.

.Falta de tiempo para formular dudas. Sería necesario fomentar el espacio de dudas y preguntas.

- Encuestas de satisfacción:

-Se recogieron un total de 12 encuestas en el CEIP El parque y 37 en CEIP Pedro J. Rubio.

-Resultados obtenidos en los parámetros evaluados:

CEIP El parque:

-Duración de las sesiones: 5

-Material didáctico utilizado: 4,5

-Ponentes. Expresión y conocimiento sobre el tema: 4,5

-Conocimientos adquiridos: 5

-Utilidad: 5

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 5

CEIP Pedro J Rubio:

-Duración de las sesiones: 4

-Material didáctico utilizado: 4

-Ponentes. y conocimiento sobre el tema: 4

-Conocimientos adquiridos: 4

-Utilidad: 4

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,5

- Sugerencias aportadas por los docentes:

-Cambio de horario de las sesiones dentro de su horario docente.

-Aumentar el tiempo para poder formular dudas y preguntas.

-Falta de tiempo para abordar algunos temas y excesiva información en otros.

-Propuesta de nuevos temas para futuras sesiones.

- Los datos recogidos aportan una información muy valiosa para continuar con el proyecto, conocer la percepción de los docentes, identificar áreas de mejora y detectar los aspectos que mejor valoración reciben para potenciarlos.

En general se ha percibido una buena acogida de la iniciativa en los colegios. Las encuestas de satisfacción han permitido valorar a través de las altas puntuaciones alcanzadas que los docentes manifiestan haber aumentado los conocimientos que tenían previamente sobre el tema y que consideran útil la formación recibida.

Valoran de forma muy positiva el material que se deja en los centros para poder acceder a él si lo necesitan en algún otro momento. El proyecto ha permitido darles a conocer recursos que desconocían como la Guía para centros docentes de la AEPap, webs de consulta y las vías correctas de solicitar ayuda sanitaria. También valoran positivamente los dispositivos que se llevaron para probar y que pueden ser necesarios utilizar en situaciones de emergencias previsibles en niños con enfermedades crónicas conocidas. Manifiestan que enfrentarse a estas situaciones les produce angustia y temor y el hecho de poder practicar con los dispositivos les da mayor tranquilidad y mejora sus habilidades a la hora de mejorar la atención inicial de estos niños en caso de emergencias.

La sugerencia de nuevos temas a tratar en otras sesiones nos muestra su interés por dar continuidad al proyecto y ampliar su formación.

Desde el grupo de colaboradores incluidos en el proyecto del centro de Salud se percibe como una experiencia positiva de oportunidad de acercamiento a los colegios, que ha permitido que nos conozcan y abrir vías de comunicación para trabajar de forma conjunta en la mejora de la calidad de la asistencia y bienestar de los niños con los que ambos colectivos trabajamos.

Especificación de la información recogida para la evaluación. Metodología e indicadores:

Para realizar la evaluación, se han recogido las impresiones aportadas por el observador externo, las de los propios profesionales sanitarios que dieron las sesiones, las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados de las encuestas de satisfacción y las sugerencias aportadas por los docentes.

La valoración por parte del profesorado ha sido muy positiva en general, lo que se refleja en las altas puntuaciones en las encuestas de satisfacción. El apartado de sugerencias resulta muy útil para poder valorar las líneas de mejora que se centran sobre todo en la escasez de tiempo y el horario. También permite valorar lo que ellos han percibido de forma más positiva. La mayoría de ellos recomendarían las sesiones a otros compañeros. El observador externo también ha valorado en general de forma positiva las sesiones. Sus percepciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

coinciden en gran manera con las valoraciones y sugerencias de los docentes. La valoración de los profesionales sanitarios también es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado por el profesorado por la información, recursos y materiales utilizados. Perciben también la falta de tiempo y las prisas de algunos docentes por finalizar por temas de horario.....

Comparación de los cambios entre la situación previa y final.

En los centros escolares pueden surgir situaciones de urgencias y emergencias, previsibles o no, que pueden requerir una actuación inicial por parte del docente. Esta atención inicial puede ser de gran ayuda hasta que el menor puedan recibir asistencia médica.

Las instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón reflejan la conveniencia de programar cada año alguna sesión de formación y asesoramiento del profesorado.

La puesta en marcha de este proyecto ha permitido iniciar este proceso en los centros escolares de nuestra zona de salud que hasta este momento no disponían de otra vía de formación en este sentido. Se han adaptado las sesiones a sus necesidades atendiendo a las situaciones de urgencias más frecuentes y en función de situaciones concretas de niños que asisten a sus centros. También, han recibido recursos que desconocían para poder acceder a esta información de forma continua.

Grado de implicación y participación de los destinatarios y participantes:

-Se oferta el proyecto a todos los colegios que pertenecen a la zona básica de Salud del centro Santo Grial a la que corresponden dos centros públicos (CEIP El Parque y Pedro J.Rubio) y dos concertados (San Viator y Salesianos).

De momento, han participado los dos los centros públicos y uno de los centros concertados ha mostrado interés en concertar una reunión a principios del próximo año.

-Se realizan las sesiones en los centros con una participación de los docentes de:

.CEIP El Parque: asistencia de 15 docentes de un claustro de 30 (50%)

.CEIP Pedro J.Rubio: asistencia de 35 docentes de un claustro de 37 (94,59%)

-Colaboran en evaluación del proyecto a través de las encuestas de satisfacción el 80% de los asistentes del CEIP El Parque y el 100% de los asistentes del CEIP P.J.Rubio.

Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados:

-Se ha objetivado un descenso en la asistencia de profesorado en uno de los centros respecto al año anterior. Según los datos recogidos por el observador externo y las sugerencias de los docentes parece que ha podido ser motivado por el horario elegido desde el equipo directivo del centro para realizar la sesión. Sugieren la formación sea realizada dentro de su horario docente.

-Es complicado evaluar de forma objetiva la mejora del grado de conocimiento adquirido por los docentes sin haber realizado algún cuestionario previo a la formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de dificultades y flexibilidad del proyecto:

-De acuerdo a lo reflejado en el apartado de sugerencias dirigido a los docentes, en muchos de los casos coinciden en reflejar que hay poco tiempo para poder formular dudas y preguntas y que al dar varias sesiones juntas es mucha información para la duración conjunta de las charlas.

Sería necesario limitar el número de temas a tratar por sesión para fomentar una mayor interacción entre el claustro y el personal sanitario a través de resolución de dudas, exposición de situaciones reales vividas en los centros, etc.

-El horario en la que se realizaron las sesiones fué propuesto por los equipos directivos de los colegios y el personal sanitario que se desplazó a los centros se adaptó a la propuesta. A pesar de esto, algunos profesores sugieren que las sesiones deberían realizarse dentro de su horario docente.

Pensamos que esta ha podido ser la causa de ausencias, de retrasos de asistencia sobre el horario previsto y de que algunos de ellos se marcharan antes de terminar las charlas ; por lo que de cara a próximas sesiones, estaría bien intentar concertar con los equipos directivos el horario que mejor se pudiera adaptar a los docentes.

Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones. Posibilidades de extensión y de replicabilidad de las iniciativas en otros centros:

-El proyecto ha abierto una vía de comunicación y de contacto desde el centro de salud con los centros escolares. Dado que contamos con la ventaja de trabajar con la misma población y tras la valoración positiva de la actividad por los docentes, es probable que puedan surgir otras actividades en las que el personal docente y el sanitario podamos trabajar de forma conjunta en beneficio de la población infantil con la que trabajamos.

-El proyecto de momento se ha puesto en marcha en dos de los centros escolares de la zona de salud que han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

mostrado interés en participar. Se va a seguir con el proyecto en estos centros. Se han concertado nuevas sesiones con otros temas sanitarios.

Se ha mantenido la comunicación con otro de los centros que ha manifestado querer iniciar el proyecto más adelante y con el otro centro, también se ha contactado en distintas ocasiones vía telefónica. Conocen el proyecto, la disponibilidad de nuestro equipo y forma de contactar en caso de querer participar.

-Es un proyecto que precisa escaso consumo de recursos materiales y que por sus características es fácilmente reproducible desde cualquier otro centro de salud .

Se ha dado a conocer desde el Grupo de Pediatría Comunitaria y en las Jornadas de Arapap mostrando varios pediatras interés en poder poner en marcha proyectos similares de colaboración con los colegios desde sus equipos de Atención Primaria.

- Cambiar el formato de las sesiones para intentar posibilitar una mayor interacción e intercambio dinámico de información entre los docentes y el personal sanitario. Limitar la duración de las sesiones a una hora y el número de temas tratados por sesión, evitando la sobrecarga de información y dejando mayor espacio para dudas, exponer situaciones reales y practicar con los dispositivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/173 ===== ***

Nº de registro: 0173

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, DOSTE LARRULL DIVINA, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, USIETO GRACIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, CAJAL MARZAL ADOLFO, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referente a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

RESULTADOS ESPERADOS
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

MÉTODO
- Análisis de situación. RevisiónBOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

INDICADORES

Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%

Nº centros educativos publicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

DURACIÓN

Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016

Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016

Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016

Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 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 - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
LATRE OTAL VANESSA
USIETO GRACIA TERESA
IDÁÑEZ RODRIGUEZ DOLORES
BUIL CALVO PILAR
DUASO ALLUE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-- En noviembre 2016 de procede a elaborar el listado de las niñas nacidas entre el 1/1/2002 y 31/12/2003.
--Se evalúan por separado los resultados obtenidos de la cohorte de niñas nacidas en 2002 y las nacidas en 2003.
--En febrero 2017, se actualizan los miembros del equipo (hay variación debido a los traslados)
--En marzo 2017 se hace un primer corte para valorar cuantas de las niñas nacidas en 2002 todavía tienen pendiente alguna dosis y se hace captación activa de las mismas llamándolas por teléfono. También se evalúa como va la captación de las niñas nacidas en 2003.
-- En Julio 2017 se realiza otro corte de características similares.
--En noviembre 2017 se realiza otro corte .
--Todas las niñas que acuden a la primera dosis salen de la consulta con la cita de la 2ª dosis y se pone un Flash en OMI para que cuando acudan a la consulta del MAP les recuerde la fecha de la 2ª dosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES DE NIÑAS NACIDAS EN 2002

De 117 niñas nacidas en 2002 se excluyen 4:
1 No se puede contactar . No acude al centro desde hace 3 años.
1 Se excluye. Ha ido a vivir a otro país.
2 Se vacunan en centro externo.
Entran a formar parte del programa 113 niñas

1-- Nº niñas 1ª dosis papiloma /Nº niñas programa papiloma: 104/113 cobertura: 92.04%

Los motivos de no vacunación han sido:
4 niñas rechazan la vacuna del papiloma pero no la dT
4 niñas rechazan las 2 vacunas
1 se llama reiteradamente y no acude.

2-- Nº niñas 2ª dosis de papiloma / Nº niñas que reciben la 1ª dosis: 98/104 Cobertura :94.23%

3-- Nº niñas que salen de la primera revisión con cita para la 2ª dosis: Cobertura :100%

4-- Nº de niñas en cuya Hª consta haber recibido Educación Sexual. Este ítem no se evalúa en las niñas nacidas en 2002 debido a que este indicador se introdujo cuando más de la mitad de estas niñas ya habían venido a la primera cita.

INDICADORES DE NIÑAS NACIDAS EN 2003

De 92 niñas nacidas en 2003, se excluyen 5:
4 no se logra contactar. No acuden al centro desde hace varios años.
1 Se vacuna en centro externo.
Entran a formar parte del programa 87 niñas.

De estas se evalúan en esta memoria para la primera dosis, las nacidas hasta el 31 de agosto de 2003, y para la segunda las nacidas hasta el 31 de marzo de 2003 ya que en ocasiones la cita se les da con varios meses de retraso por distintos motivos (presión asistencial, retraso por enfermedad, estudios..). Son un total de 48 niñas para la 1ª dosis y 17 para la 2ª.

1-- Nº niñas 1ª dosis papiloma /Nº niñas programa papiloma: 46/48 Cobertura:95,08%.

Los motivos de no vacunación han sido:
1 Rechaza la vacuna del papiloma y la dT.
1 Pendiente de vacunar con cita asignada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

2-- Nº niñas 2ª dosis de papiloma / Nº niñas que reciben la 1ª dosis: 17/17 Cobertura :100%

3-- Nº niñas que salen de la primera revisión con cita para la 2ª dosis: Cobertura :100%

4-- Nº de niñas en cuya Hª consta haber recibido Educación Sexual./ Nº niñas que acuden a la primera dosis papiloma 27/46 . Cobertura 58,62%
Inferior al objetivo marcado que era de un 95%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este programa ha supuesto una oportunidad de mejora importante, ya que gracias a la captación activa (En ocasiones ha sido necesario llamar de forma reiterada), se ha observado un aumento importante en la cobertura vacunal de 2ª dosis de papiloma respecto a la cohorte de niñas de 2001, pasando de un 86,44% a un 94,23%, alcanzando casi el objetivo fijado que era de un 95%, Es muy importante que el mayor número posible de niñas esté protegido. Con los datos analizados hasta el momento, de las niñas nacidas en 2003, parece que los resultados van a ser incluso mejores.

Otro punto de interés importante analizando los datos provisionales de las niñas nacidas en 2003, es que sólo hay 1 niña que haya rechazado la vacunación (en el año 2002 fueron 8). Creemos que la información que se da a las familias sobre vacunación es muy importante, en ocasiones hay que dedicar tiempo a explicar bien las cosas ya que permite aclarar ideas erróneas .

El Nº de niñas en el que consta haber recibido Educación Sexual coincidiendo con la 1ª dosis del papiloma es bastante inferior al esperado . Para intentar aumentar esta cobertura, cuando las niñas acudan a la 2ª dosis de papiloma se revisará la Hª de OMI, y si no la han recibido se les dará coincidiendo con la 2ª dosis .

7. OBSERVACIONES.

Se da por finalizado el seguimiento para las niñas nacidas en 2002.

Para poder dar por concluido el programa, habrá que continuar durante el año 2018, puesto que las niñas nacidas en el segundo semestre de 2003, no cumplirán criterios de 2ª dosis hasta el año 2018. Además como se ha indicado en el punto anterior se intentará mejorar la cobertura en Educación Sexual cuando acudan a esta 2ª dosis.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/936 ===== ***

Nº de registro: 0936

Título
ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

Autores:
DOSTE LARRULL DIVINA, ORTILLES GARCIA MARTA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, LATRE OTAL VANESSA, IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES, BUIL CALVO PILAR, DUASO ALLUE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: población sana sin patologia
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La Vacuna contra el virus del Papiloma Humano, se administra en la Comunidad Autónoma de Aragón en dos dosis. En el año 2016 ha estrado en vigor un nuevo calendario vacunal y dicha vacuna se administrará a la edad de 12 años. Todavía existen unas cohortes de niñas, las nacidas en 2002 y 2003 a las que se les administrará la vacuna a los 14 años. Por lo tanto cuando corresponde administrar la 2ª dosis ya no son pacientes pediátricas y por tanto es más fácil que se pierdan oportunidades de administrar la segunda dosis. Continuando con el programa iniciado el año anterior se administrarán las dos dosis en la consulta de pediatría, la primera coincidiendo con el programa del niño sano a los 14 años, y la segunda seis meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

después.
Se va a aprovechar la oportunidad para realizar Educación Sexual a las niñas cuando acudan a la cita de la primera dosis.

RESULTADOS ESPERADOS

En el programa desarrollado el año pasado se ha obtenido una cobertura de 1ª dosis de papiloma del 94.28% y de 2ª dosis de papiloma del 86,44%, algo inferior a lo esperado.
Se espera que el mayor número posible de niñas inicien la vacunación. Lo ideal sería una cobertura en la primera dosis superior al 95%.
Alcanzar una cobertura de vacunación de 2ª dosis de papiloma superior al 95%
El 100% de las niñas deben de salir de la primera consulta con la cita para la 2ª dosis.
Un porcentaje de niñas superior al 95% deben recibir Educación Sexual

MÉTODO

Elaborar un listado de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--Captación de estas niñas para darles la cita de la revisión de los 14 años, donde se les administrará la primera dosis de vacuna y se les dará información sobre Educación Sexual que deberá quedar reflejado en la Historia Clínica.
--Las niñas saldrán de la consulta con la fecha de la cita de la segunda dosis.
--Para reforzar el programa se pondrá un "Flash" en Historia clínica de OMI para que cuando acudan a la consulta del MAP les recuerde la fecha de la segunda dosis.
--Si no acuden a la cita prevista se realizará captación activa por teléfono.

INDICADORES

--Nº de niñas de 14 años que reciben la primera dosis papiloma/ Nº total niñas 14 años.
--Nº de niñas 14 años que reciben la segunda dosis papiloma/Nº niñas que recibieron la primera dosis.
--Nº de niñas que salen de la primera revisión con la cita de la segunda dosis.
--Nº de niñas en cuya historia consta haber recibido Educación Sexual.

DURACIÓN

--Elaboración de listados de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--En Diciembre de 2016 se realizará un primer corte, para evaluar la progresión del programa y hacer captación de las niñas que no han acudido .
-- Así sucesivamente se harán cortes trimestrales y se recopilarán datos hasta que se de el programa por concluido (de las niñas nacidas a finales de 2003 no se podrán tener los resultados hasta mitades del 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 - 2016/1145

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Fecha de entrada: 27/03/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NICAS FIANCES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Organizativas

Formación del personal responsable y colaborador del proyecto a través de los programas y estrategias de promoción de salud del SNS desde el día 01/01/2016 hasta el 01/03/2016

- De comunicación

El día 07/03/2016 se informa al EAP del proyecto "QUEDADA" apoyadas por metodología audiovisual obtenida de los audiovisuales del SNS de promoción de Salud y un vídeo de las actividades físicas realizadas en nuestro centro de salud con población adulta antes de iniciar el proyecto como tal

El día 14/03/2017 se colocan panfletos informativos en las puertas de las consultas de nuestro centro de salud

El mismo día 14 se empieza a aprovechar el momento de las consultas para informar del proyecto a los pacientes adultos

El 15/03/2016 se contacta con las responsables de las asociaciones de la zona y se presenta el proyecto

- De intervención

El día 15/03/2016 se da la primera charla informativa en la asociación de mujeres y consumidores de Sariñena

El día 24/03/2016 empezamos con las sesiones semanales de una hora de duración los jueves de 10 a 11. En ellas combinamos ejercicios de calentamiento, aeróbicos, anaeróbicos y estiramientos, teniendo en cuenta las condiciones físicas y las patologías de cada usuario

En caso de meteorología adversa aprovechamos la sala multiusos del centro para dar información sobre hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a dichas asociaciones

Nº de usuarios que acuden a las sesiones/Nº de usuarios a los que se les ha informado de dicha actividad

Nº de usuarios que acuden a la quedada/Nº de usuarios a los que se les ha recomendado participar en la misma

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista del trabajo realizado hasta la fecha hemos podido observar varios problemas que son los que nos llevan a tener dificultades a la hora de hacer una buena evaluación del proyecto

- Por ello nos planteamos como mejora hacer un buen diseño del proyecto que nos permita poder evaluarlo con rigor

- Integración al programa de otros miembros del EAP

No cabe duda de que el proyecto está más que justificado dada la evidencia científica del ejercicio físico en el proceso de salud enfermedad, pero es un proyecto que no puede realizar una sola persona. Por ello, el plan de mejora empezaría integrando más al EAP y haciéndolo partícipe de las actividades.

- Implicación de los servicios municipales y otras asociaciones con las que compartir el proyecto y poder solicitarles no solo la prestación de locales para llevar a cabo las sesiones informativas y las de ejercicio físico sino también el personal que ellos tienen contratado para la realización de actividades de ocio y tiempo libre

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1145 ===== ***

Nº de registro: 1145

Título
QUEDADAS POR TU SALUD

Autores:
BORNAO CASAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1145

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

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

NECESIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA EN UNA POBLACIÓN CRÓNICA Y ENVEJECIDA COMO ES LA DEL EAP SARIÑENA

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Educación individual/grupal CASASA
-Valorar la actividad física y periodos sedentarios
-Analizar factores y barreras que influyen en la práctica o no de la actividad física
-Con pacientes que no cumplen las recomendaciones, consensuar objetivos progresivos
-Romper periodos sedentarios de más de dos horas
-Planificar un seguimiento "registro de la actividad física"
-Informar de los recursos comunitarios

INDICADORES

REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN EL FORMATO AL EFECTO. Realizar al menos una quedada mensual

DURACIÓN

Continuación de actividad realizada en 2016, en principio sin fecha de fin

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA PARALED CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GAZOL PERIZ YOLANDA
FELIPE VILLA BEATRIZ
LOPEZ TORRES ANA
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
PRIETO BONSON ROSA
NARRO EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades propuestas inicialmente y programadas dieron un pequeño giro en el mes de abril de 2018 cuando se nos propuso el AGC 2018. Realmente, toda nuestra actividad que iba dirigida hacia la participación activa en una feria agrícola y ganadera, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se dirigió hacia la elaboración de los recursos sociales para la creación de activos y la colaboración escolar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El 9 de octubre se realiza una reunión de asociaciones y entidades de la zona con la representación de 27 entidades. A partir de aquí se elabora una base de datos con los mismos
- El 25 de octubre nos reunimos con los Servicios Sociales de la Comarca de los Monegros para poner en marcha el programa PPAP y con dos colegios (La Laguna de Sariñena y CRA Monegros Norte) pertenecientes a los colegios promotores de salud
- Se participa en las actividades ya iniciadas en estos colegios con los programas: "Taller de cocina" y "Aprendo a comer"
- Se programan para el 2019 tres campañas de salud. Para la difusión de las mismas se contará con los agentes de salud presentes en la base de datos, así como con los medios de comunicación locales.
- Se propone crear la Agenda Comunitaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Uno de los objetivos principales de este proyecto ha sido contactar con la población y tratar de sacar la salud a la calle. Creemos que esto se está logrando y es por ello por lo que nuestro siguiente paso es la creación de una Agenda Comunitaria para el seguimiento y evaluación de las distintas participaciones sobre y con la población

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/743 ===== ***

Nº de registro: 0743

Título
TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Autores:
PARALED CAMPOS MARIA TERESA, GAZOL PERIZ YOLANDA, FELIPE VILLA BEATRIZ, LOPEZ TORRES ANA, BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, PRIETO BONSON ROSA, ABADIAS PEÑA MARINA, VERA BELLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

PROBLEMA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y sociedades científicas, ha elaborado la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013, con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libres de discapacidad y se desarrolla en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y tiene su vigencia hasta 2020.

El ámbito local es un lugar idóneo para mejorar la salud de la población, trabajando conjuntamente entre sectores y contando con la participación de la ciudadanía.

La estrategia elaborada para la implementación local supone la puesta en marcha y desarrollo de dos acciones clave que deben ir precedidas de la Adhesión del municipio a la Estrategia y que son:

Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el municipio.

Identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en el municipio (mapeo de recursos)

Este proyecto está enfocado a abordar la segunda acción: identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en los municipios pertenecientes a la Zona básica de salud de Sariñena (Sector I Huesca) y la participación en ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la población sobre la importancia del ejercicio físico y deporte para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Informar a la población de los recursos locales para el desarrollo de la actividad física

Interactuar con asociaciones, instituciones y empresas locales para fomentar la prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Dar a conocer a la población la importancia de la salud como bien comunitario.

Analizar la percepción del estado de salud de la población

MÉTODO

Elaboración de un documento "Queda con tu salud" en el que figuren los distintos recursos físicos para la práctica del ejercicio físico y el deporte en la ZBS.

Elaboración de dos postérs:

1. Recursos de asociaciones

2. Recursos físicos

Presentación de dicho documento en el entorno de FEMOGA 18 (Feria agrícola y ganadera de Monegros) aprovechando la captación, influencia y afluencia que esta feria tiene sobre la población de la zona.

Desarrollo de una jornada de salud encuadrada en la programación de dicha feria y basada en la oferta de actividades físicas para el curso 2018/19 por parte de asociaciones, clubes deportivos e instituciones privadas y públicas

Realizar el Cuestionario de salud SF12 a los participantes en dicha jornada

INDICADORES

1. N° de entidades (asociaciones, clubes, instituciones,...) que participan en la actividad

2. N° de personas que participan en la jornada de salud de la FEMOGA 18

3. N° de Cuestionarios SF12 realizados en dicha actividad

DURACIÓN

Mayo 18:

Elaborar las cartas informativas a los ayuntamientos y comarca para recoger la información de las posibles entidades colaboradoras

Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Yolanda Gazol Périz

Elaborar las cartas para solicitar la colaboración de las entidades.

Responsables: Ana López Torres y Eduardo Narro

Junio 18:

Recogida de información y respuesta de los entes colaboradores

Responsables: Maribel Gabas Larruy y Ana López Torres

Propuesta de actividad a FEMOGA 18

Responsables: M. Teresa Paraled Campos y M. Victoria Burgos

Julio 18:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Elaboración de documento "Queda con tu salud"
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Rosa Prieto
Elaboración de pósters
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Eduardo Narro

Reunión con las distintas entidades para organizar la jornada de salud
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Beatriz Felipe

Presentación del del documento "Queda con tu salud" en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos Y Marina Abadías

Desarrollo de la jornada de salud en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Marina Abadías

Noviembre 18:

Evaluación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campos

Presentación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PRIETO BONSON ROSA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
BORNAO CASAS SARA
LOPEZ TORRES ANA
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
FELIPE VILLA BEATRIZ
ALCUBIERRE OTO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"
Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"
Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs, puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Noviembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios
Enviar a gerencia de atención primaria el RIF.

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tasa de registro de Zarit alcanzada: 94%.
Tasa de registro de Pie diabético alcanzada: 71%.
Tasa de registro de intervención del tabaco alcanzada: 73%.
Se han cumplido los objetivos del Proyecto de calidad: "Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"
Se han cumplido los objetivos del proyecto de salud comunitaria: "Quedas por tu salud"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está trabajando hacia unos objetivos comunes con una mejora de la formación en el registro OMI de indicadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/817 ===== ***

Nº de registro: 0817

Título

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

Autores:

GAZOL PERIZ YOLANDA, BORNAO CASAS SARA, LOPEZ TORRES ANA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, FELIPE VILLA BEATRIZ, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, ALCUBIERRE OTO ANA, LAFONTANA GRACIA VANESSA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que lleven a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.

En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: "Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo"

El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.

El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:

Mejorar los registros de:

Zarit
Pie diabético
Detección de tabaco
Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta
Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.

El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%

Alcanzar una tasa de resgistro de Pie diabético de: 60%

Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%

Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"

Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: "Talleres de educación comunitaria" y "Quedas por tu salud"

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE)

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:

Realización del Zarit
Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético
Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

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

Responsable: M. Jesús Ullod Borrueal (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Pérez

INDICADORES

Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).

Personas = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

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

Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

DURACIÓN

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
23 de mayo: Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"
30 de mayo: Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

6 de junio: Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 22/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PRIETO BONSON ROSA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
LOPEZ TORRES ANA
BORNAO CASAS SARA
FELIPE VILLA BEATRIZ
ALCUBIERRE OTO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Mantener el grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto
Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE)
2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:
27/02/19 Organización de las actividades de Enfermería.
29/05/19 Resultados de ACG 2018 y presentación de ACG 2019.
26/06/19 Indicadores de EPOC y polimedicado.
20/11/19 Uso de inhaladores en AP.
Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)
3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos
Responsable: M^a Jesús Ullod Borrueal (DUE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de pacientes ancianos polimedicados (>75 años) a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería.- 38%.
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.- 43.10%.
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.- 40.52%.
Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo.- 30.61%.
Personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco.- 50.01%.
Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo.- 72.63%.
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit.- 54.17%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es preciso la instauración de un plan de formación coherente para el equipo de AP que permita hacer un seguimiento del trabajo a desarrollar diariamente y aumente el compromiso profesional para el establecimiento del registro de los programas de salud.
En ocasiones la falta de tiempo provocada por la presión asistencial y la dispersión geográfica, impide el registro correcto.
La itinerancia de los profesionales y el no mantener plantillas estables impide que el proyecto de calidad tenga un seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/817 ===== ***

Nº de registro: 0817

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

Autores:
GAZOL PERIZ YOLANDA, BORNAO CASAS SARA, LOPEZ TORRES ANA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, FELIPE VILLA BEATRIZ, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, ALCUBIERRE OTO ANA, LAFONTANA GRACIA VANESSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

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

Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que llevan a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.

En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: "Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo"

El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.

El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:

Mejorar los registros de:

Zarit
Pie diabético
Detección de tabaco
Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta
Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.

El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%

Alcanzar una tasa de registro de Pie diabético de: 60%

Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%

Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"

Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: "Talleres de educación comunitaria" y "Quedas por tu salud"

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE)

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:

Realización del Zarit
Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético
Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

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

Responsable: M. Jesús Ullod Borrueal (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Pérez

INDICADORES

Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).

Personas = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)

Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)

Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

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

DURACIÓN

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
23 de mayo: Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"
30 de mayo: Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

6 de junio: Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NICAS FIANCES CARMEN
CORTES MARIA DOLORES
GIL GALAN SILVIA
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
BROTO CARTAGENA ASCENSION
GRASA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:
Elaboración de información para entregar en consulta. La actividad se realiza todos los viernes de 10 a 11h.
Lugar: centro de salud de sariñena
Elaboración de carteles informativos en el Centro de Salud
Elaboración de la agenda comunitaria en OMI con el registro de los pacientes incluidos en la actividad
La actividad incluye ejercicios de calentamiento, aeróbicos y estiramientos

Septiembre y Octubre 18:
Comunicar al EAP los criterios de inclusión y forma de derivación para acceder a la actividad

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizar la actividad 1h/semana
Se ha realizado la actividad una vez a la semana
Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"
Acuden entre 6 y 8 pacientes semanales (100% de los derivados)
Encuesta de satisfacción tras 6 meses de participación
Valoración positiva

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La participación y satisfacción por parte de los usuarios favorece la continuidad de este proyecto de calidad.
Queda pendiente fomentar la divulgación del mismo a través de los medios de comunicación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1054 ===== ***

Nº de registro: 1054

Título
QUEDA POR TU SALUD

Autores:
BORNAO CASAS SARA, NICAS FIANCES CARMEN, CORTES MELERO MARIA DOLORES, GIL GALAN SILVIA, BROTO CARTAGENA ASCENSION,
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, GRASA ARNAL ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ZBS de Sariñena se caracteriza por tener un 26,27% de población mayor de 65 años, con una bajo nivel socioeconómico y un 14% de población inmigrante.
La inactividad física supone, en sí misma, un factor de riesgo de mortalidad (el cuarto según la lista de FR atribuibles a la mortalidad según la OMS) independiente del resto de factores de riesgo. Es la responsable del 6% del total de las muertes
El riesgo de muerte no sólo se relaciona con la inactividad física. La mayoría de estudios demuestran que este riesgo aumenta cuanto peor es la condición física. Existe evidencia científica que pone de manifiesto la relación entre el sedentarismo, la inactividad física y el proceso de salud/enfermedad
Basándonos en el Plan estratégico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: " La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas.
Ser físicamente activo es muy relevante para mejorar y mantener la salud de las personas, para la prevenir numerosas enfermedades crónicas y situaciones de riesgo y para mejorar el curso de algunas de ellas"
Consideramos como prioridad estratégica de trabajo en nuestra ZBS la necesidad de promover la actividad física.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para la revisión de este proyecto y ajustarlo a las necesidades actuales
2. Informar al EAP de la oferta de este servicio en una de las sesiones que realiza los miércoles
3. Elaborar hojas informativas y/o marcapáginas sobre estrategias de promoción de salud y prevención para entregar en consulta
4. Hacer carteles informativos para el Centro de salud y consultorios
5. Informar a la población a través de los medios de comunicación locales y comarcales
6. Difundir la actividad desde el proyecto de calidad de "Talleres para la comunidad"
7. Difundir la actividad a través de las distintas asociaciones locales: mayores, mujeres, ...

Responsable: Sara Bornaio Casas

INDICADORES

Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"/nº de usuarios a los que se les ha recomendado dicha actividad (OMI registro de recomendación de ejercicio físico)
Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a las asociaciones convocadas
nº de usuarios que han acudido a las quedadas y que han incorporado el ejercicio físico en su vida diaria/nº de usuarios que han acudido a las quedadas

DURACIÓN

Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:

Elaboración de información para entregar en consulta
Elaboración de carteles informativos para el Centro de Salud y consultorios
Elaborar la información para transmitir a través de los medios de comunicación locales y comarcales

Septiembre y Octubre 18:

Comunicar al EAP la información generada para el cumplimiento de la actividad
Contactar con las distintas asociaciones locales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Contactar con medios de comunicación local para la difusión de la actividad

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores y hacer un ejercicio de retroalimentación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0927

1. TÍTULO

AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER LOPEZ COSCOJUELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ FERRERUELA LAURA
TORRES REMIREZ MARTIN
RODRIGUEZ MARCO ELENA
ALLUE DIESTE EVA
ALCOBER PEREZ CARLOS
GONZALEZ ARA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han publicado en el Blog actividades docentes dentro de la Zona Básica de Salud y emitido documentos informativos sobre determinados temas de salud dirigidas a pacientes y vecinos del barrio de San José. Oferta de servicios: cada mes se cuelga un documento divulgativo sobre temas socio-sanitarios de interés en nuestra población con lenguaje llano y accesible, habiendo acertado además la extensión de los mismos para su mejor comprensión. También se han informado sobre días mundiales de temas relacionados con la salud y otras noticias relevantes.

Para cada una de los documentos publicados se hacía promoción a través de redes sociales, pudiendo acceder dentro del mismo blog a sus estadísticas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento de cumplimentar este formulario, las estadísticas del Blog indican que se han producido 74200 visitas desde su creación. Comparando las visitas obtenidas en 2018 (16310) con respecto al 2019 (11051) se puede afirmar la menor difusión a pesar de haber intensificado la publicidad de este medio. Se han publicado múltiples temas nuevos de interés sociosanitario según corresponde en el Blog y se han anunciado a través de Facebook. En los últimos meses, el post más visualizado ha estado relacionado con el tema de pediatría "Síndrome febril", siendo el post más visto desde la creación del Blog el siguiente: "¿Qué es la EPOC?" con 2899 visitas.

Analizando el contraje de visitas visitas, se ha observado que la mayoría de las visitas proceden de España, seguida de Rusia y de Estados Unidos. Chrome es el navegador más empleado (51% de las visitas) seguido de Internet Explorer (18%).

Se han utilizado carteles localizados en múltiples puntos estratégicos del centro de salud para dar a conocer los post publicados en el blog, además del uso de redes sociales como Facebook y Twitter. Debido a los resultados arriba objetivados de la disminución de visitas con respecto años anteriores no se ha podido realizar la encuesta planteada para enero 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de haber modificado la difusión del blog con respecto a años anteriores, los resultados obtenidos hasta la fecha implican que no está siendo efectiva la manera en la que nos anunciamos ni el interés del vecindario por éste.

Teniendo en cuenta la edad envejecida del barrio y el acceso limitado a los medios digitales de anuncio por reducido uso de los mismos, se propone:

- Mejorar el diseño de los carteles empleados hasta la fecha, creando avisos visuales más llamativos y memorables para que la población los perciba y siga la recomendación de acceder al Blog.
- Aportar octavillas informativas u hojas impresas con el enlace a la dirección del Blog a los profesionales de todas las consultas del Centro para ofrecerlas a los pacientes que deseen informarse sobre problemas de salud.
- Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a incrementar el número de pacientes a los que se les informa de la existencia del Blog.
- Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a informarse sobre los temas existentes en el Blog para dirigir a los pacientes a temas concretos según los requieran.
- Incentivar a todos los profesionales del Centro de Salud a aportar material divulgativo para el Blog.
- Asimismo, el personal del Centro y su Equipo Docente seguirá manteniendo la calidad y la frecuencia de los documentos incluidos en el Blog.

7. OBSERVACIONES.

Con los resultados obtenidos podemos decir que el blog es un método poco utilizado por el vecindario del barrio de San José para consultar temas relacionados con la salud, a pesar de la difusión que se le ha intentado dar por parte de los integrantes del centro y de los temas de aparente interés tratados. Podemos achacarlo a la elevada media de edad de nuestra población y a la falta de uso de internet y de las redes sociales por parte de la misma. Hubiera sido interesante haber alcanzado el objetivo planteado de este proyecto pero lo ha impedido Las características poblacionales de nuestro barrio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0927

1. TÍTULO

AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE

*** ===== Resumen del proyecto 2019/927 ===== ***

Nº de registro: 0927

Título
AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE SAN JOSE CENTRO Y SAN JOSE NORTE

Autores:
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, GOMEZ FERRERUELA LAURA, TORRES REMIREZ MARTIN, RODRIGUEZ MARCO ELENA, ALLUE DIESTE EVA, ALCOBER PEREZ CARLOS, GONZALEZ ARA ANA MARIA

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: Educación sanitaria y autocuidados en múltiples temas. Atención Comunitaria.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como parte del compromiso de las profesionales de atención primaria que desarrollan su labor asistencial en los Centros de Atención Primaria de San José Centro y Norte figura la divulgación biomédica de calidad y el fomento del autocuidado.

El Blog del Centro de Salud es una herramienta dirigida al conjunto de la población que integra sus dos Zonas de Salud. El personal sanitario de estos Centros lo ha mantenido durante años, tratando de ofrecer un medio de comunicación adicional de calidad a la consulta donde compartir información de interés sanitario, comentar aspectos organizativos de las actividades sanitarias, e intercambiar conocimientos, reflexiones y propuestas.

Sin embargo, en una encuesta realizada en el período de enero y febrero de 2019, sólo un 17% de los pacientes entrevistadas conocía el Blog. Esta cifra se considera escasa; el presente proyecto se estima oportuno para no desaprovechar uno de los fenómenos de comunicación e información más utilizados en los últimos tiempos, aumentando su difusión y potenciando la interacción entre usuarias y profesionales del sistema público de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Dar a conocer a la población de la Zona de Salud la existencia del Blog.
- Incrementar el número de nuevas usuarias del Blog.
- Fomentar la visita habitual del Blog, fidelizando a los usuarios.
- Proporcionar una información de calidad, actualizada y veraz.

MÉTODO
- Es fundamental que todo el personal que trabaja en el Centro de Atención Primaria conozca su existencia y el contenido del mismo, para que se ofrezca como un recurso añadido en apoyo del autocuidado y la divulgación sanitaria. Por este motivo, se informará de su existencia en el plan de acogida a los nuevos trabajadores.
- Para dar a conocer entre los usuarios la existencia del Blog e incrementar el número de nuevos usuarios, se realizará la emisión de nuevos carteles y folletos informativos, así como la divulgación del mismo dentro de las consultas de Atención Primaria.
- Se presentará el Blog en el Consejo de Salud.
- Para conseguir la fidelización de los usuarios del Blog, nos proponemos el rediseño de la cabecera del Blog, la organización de la columna o artículo principal de portada y la barra lateral, preparando nuevos formatos de presentación y buscando un aspecto visual compacto, utilitario, moderno y atractivo.
- Para mantener actualizada la información y garantizar que sea veraz, se propone la creación de un grupo que administre los contenidos publicados en el Blog. Este grupo informará periódicamente al resto del equipo de las novedades o cambios en el Blog.

INDICADORES
- Número de visitantes totales según la herramienta de contaje de visitas del Blog.
- Encuesta durante el mes de enero de 2020 entre los usuarios de los Centros de Atención Primaria de San José Norte y Centro, valorando los siguientes puntos:
· Pacientes que conocen el Blog con respecto al total de encuestados, expresado en porcentaje y valorando su variación respecto a la encuesta del 2019.
· Medio por el que conocieron la existencia del Blog: carteles, folletos, amigos, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0927

1. TÍTULO

AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE

- Nivel de satisfacción con los contenidos del Blog.
- Grado de utilidad del Blog.

DURACIÓN

- 04/2019 - Creación o renovación del grupo administrador del Blog.
- 04/2019 - Rediseño del Blog. Se añadirán nuevas entradas de información divulgativa y anuncios del Centro de Salud.
- 05/2019 - Emisión de carteles y folletos informativos.
- 12/2019 - Se elaborará una nueva encuesta para la evaluación de los ítems oportunos.
- 01/2020 - Se llevará a cabo la encuesta, con la recogida y sistematización de datos, para extraer las conclusiones oportunas dentro de la evaluación del Proyecto de Mejora.
- 02/2020 - Realización de la memoria correspondiente y subida de la misma a la plataforma.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA GIL GALAN
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En junio de 18 se realizan las encuestas telefónicas de la escala EVA y del Cuestionario SF 12 para iniciar el tratamiento en grupos de espalda. En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento. De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? N° de pacientes tratados con patología aguda: 27
? N° de pacientes tratados con patología crónica: 295
? Lista de espera generada en a los 6 meses de aplicación de las actividades: 2 meses
? N° de usuarios que contestan a la escala de dolor EVA
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

- N° de usuarios que contestan al cuestionario de salud SF-12
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento. De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hay adherencia al tratamiento de fisioterapia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/182 ===== ***

Nº de registro: 0182

Título
GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Autores:
GIL GALAN SILVIA, CAMPO REVILLA ISABEL, PPARALED CAMPO MARIA TERESA, ABADIAS PEÑA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades osteomuscular/ osteoarticular/ EPOC
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

La ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extranjera. El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1 auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioterapeuta de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata:
Casi el 75% de patología tratada ha sido patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.

Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.

Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan

Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.

La elaboración de un protocolo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.

Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.

Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

MÉTODO

REUNIONES:

Mínimo 1 vez / mes.

En Abril 2018 redacción del protocolo.

Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.

Dic 2018: Evaluación de indicadores.

RECURSOS MATERIALES:

Ordenador.

Excell.

Power point.

INDICADORES

Nº de pacientes tratados con patología aguda.

Nº de pacientes tratados con patología crónica.

Lista de espera generada en un año

DURACIÓN

CALENDARIO PREVISTO:

Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA GIL GALAN
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARALED CAMPOS MARIA TERESA
ABADIAS PEÑA MARINA
SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Realización de tratamientos individuales en patologías agudas.
-Realización de actividades de EpS en patologías crónicas
-Realización de talleres en patología crónica para garantizar la adhesión al tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de pacientes tratados con patología aguda DURANTE EL AÑO 2019: 98
Nº de pacientes tratados con patología crónica DURANTE EL AÑO 2019: 204
Total de pacientes citados y no acuden: 51
Lista de espera A DICIEMBRE DE 2019: 1 mes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN ENERO DE 2019, LA PROFESIONAL TITULAR DEL ESTE PROYECTO, SILVIA GIL GALÁN, SE TRASLADA DE COMUNIDAD AUTÓNOMA DEJANDO EL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE FST DEL CENTRO DE SALUD IMPLANTADO POR LO QUE LO PONE EN PRÁCTICA LA NUEVA PROFESIONAL, LUCÍA ROSA SECORUN ENJUANES. DICHO PROYECTO REQUIERE UN BREVE CAMBIO DE INDICADORES AL NO PASAR LAS ENCUESTAS PLANTEADAS. POSITIVAMENTE, EL PROBLEMA INICIAL QUE FUE LA LARGA LISTA DE ESPERA, NO SÓLO SE CORRIGE SINO QUE TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN, DICHA LISTA DE ESPERA SIGUE SIN AUMENTAR CON UN BUEN ACCESO AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD

7. OBSERVACIONES.
SOLICITO ACEPTEN LA REALIZACIÓN DE LA MEMORIA AÚN NO SIENDO TITULAR DEL PROYECTO DEBIDO A LAS DIFICULTADES DE LA TITULAR QUE SE ENCUENTRA EN OTRA CCAA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/182 ===== ***

Nº de registro: 0182

Título
GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Autores:
GIL GALAN SILVIA, CAMPO REVILLA ISABEL, PPARALED CAMPO MARIA TERESA, ABADIAS PEÑA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades osteomuscular/ osteoarticular/ EPOC
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extrajera.
El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioterapeuta de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata:
Casi el 75% de patología tratada ha sido patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.
Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.
Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan
Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.
La elaboración de un protocolo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.
Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.
Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

MÉTODO

REUNIONES:

Mínimo 1 vez / mes.

En Abril 2018 redacción del protocolo.

Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.

Dic 2018: Evaluación de indicadores.

RECURSOS MATERIALES:

Ordenador.

Excell.

Power point.

INDICADORES

Nº de pacientes tratados con patología aguda.

Nº de pacientes tratados con patología crónica.

Lista de espera generada en un año

DURACIÓN

CALENDARIO PREVISTO:

Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARNAL BESCOS
· Profesión MATRONA
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ MOLINA PILAR
ROMAN ESCARTIN MANUELA
SAMPER ESCANILLA PILAR
ALBA CANELA MARIAN
SESA RUSPIRA PILAR
BLANCO GIMENO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2016, realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema, buscando la evidencia científica actual disponible.

Entre mayo y junio 2016 redactamos el proyecto y lo remitimos al Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de Salud cuando se publicó la convocatoria.

En junio 2016, en reunión de matronas del sector realizamos una discusión y puesta en común del proyecto y concretamos fecha para reunión con los fisioterapeutas del sector ya que habíamos concebido en un inicio el programa como multidisciplinar

En octubre 2016 mantuvimos la reunión con fisioterapeutas del sector. Se concluye que por razones de espacio, tiempo y formación no ven conveniente participar en el proyecto. Además se nos comenta que ya existe una unidad de suelo pélvico, especializada en el Hospital San Jorge, en el Servicio de Rehabilitación, por todo ello decidimos llevar a cabo nuestro proyecto derivando los casos necesarios al servicio de RHB por medio del MAP.

En el mes de noviembre de 2016, comenzamos con la selección de participantes, captando en la visita del puerperio tardío (cuarentena) a las mujeres con una puntuación en testing vaginal < 4

y por tanto son incluidas en programa y concertamos visita

con ellas a los 3 meses y 6 meses postparto, si aun no llegan al testing de 4.

Se les informa y enseña la realización de ejercicios de suelo pélvico y educación sanitaria así como medidas higiénico dietéticas y factores de riesgo para las disfunciones del SP. La educación sanitaria en este caso es individualizada así como entrenamiento de estos ejercicios. Muchas de ellas habían aprendido a realizarlos en la educación maternal.

1. Constituir el grupo de mejora objetivos a alcanzar: identificación y conocimiento de su propio suelo pélvico. Aprender a realizar ejercicios de Kegel. Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

2. Derivar de forma precoz a las mujeres que no mejoran tras las actividades propuestas.

3. Definir el protocolo de actuación

4. Definir los indicadores de seguimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La recuperación del suelo pélvico es básica a cualquier edad y cualquier mujer a partir de la adolescencia debería de conocer sobre su propio cuerpo. Se puede prevenir, tratar y rehabilitar.

En el periodo del postparto se debilita considerablemente la musculatura pélvica que no se recuperará espontáneamente del todo.

Transtornos de incontinencias urinarias, prolapsos y disfunciones sexuales son susceptibles de intervención por parte de las matronas de atención primaria.

55%
Nº DE PUÉRPERAS QUE COMPLETAN LAS TRES SESIONES/PUÉRPERAS CITADAS.

44
Nº DE PUÉRPERAS QUE TIENEN AUMENTO EN LOS TEST DE OXFORD MODIFICADO SEGÚN PIGNÉ EN DOS PUNTOS COMO MÍNIMO. TAMBIÉN ESTÁ INCLUIDA LA ESCALA EN EL OMI EN VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO.

68

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

Nº DE MUJERES CITADAS POR OTROS TRASTORNOS: INCONTINENCIA URINARIA, PROLAPSOS O DISFUNCIONES SEXUALES .

4
Nº DE MUJERES CON OTROS TRASTORNOS QU TIENEN AUMENTO EN LOS TEST DE OXFOR MODIFICADO SEGÚN PIGNÉ EN DOS PU COMO MÍNIMO. TAMBIÉN ESTÁ INCLUIDA LA ESCAL EN EL OMI EN VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

64,28% N° DE MUJERES DERIVADAS A ESPECIALIZADA
NUMERO DE MUJERES CITADAS = % .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como la recuperación del suelo pélvico es básica en cualquier edad y en el postparto es susceptible a debilitarse, se espera con la implantación de dicho proyecto prevenir, detectar y tratar de forma precoz dichos trastornos

Se han logrado definir los indicadores de seguimiento y mejorar los registros del suelo pélvico en OMI.

En la visitas de seguimiento a la mujer se le han reforzado: Las enseñanzas de autoconocimiento de su suelo pélvico.
Adquirir el habito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico de rutina y sobre todo si carga peso.
Evitar realizar deportes de impacto y el estreñimiento.

Queda demostrado que las mujeres que realizan los ejercicios de kegel indicados y controlados por la matrona de atención primaria en el postparto y en disfunciones sexuales y/o urinarias, han notado mejoría evidente y mayor calidad de vida, aunque no hayan aumentado en mas de 2 puntos en la puntuación de la Escala de 0

Análisis de las causas posibles por las que no se llega en los indicadores de peor resultado.

- Las puerperas del medio rural tienen mas dispersión geográfica que la que vive en zona urbana y esto les dificulta el desplazamiento al centro de salud para realizar las 3 sesiones de seguimiento.
- Hay mujeres que no tienen incontinencia urinaria pero si disfuncion del suelo pelvico de otro tipo y no acuden a los seguimientos por que no le dan importancia.
- Otras mujeres desean ir al Fisioterapeuta privado y entonces no acuden a realizar seguimiento con matrona de primaria.
- En las poblaciones que atiende C.S Sabiñanigo y C.S Jaca, el tocólogo las cita a las mujeres en Hospital de Jaca para que acudan a las visita del puerperio precoz y tardío, entonces se pierden mujeres para ver y controlar su suelo pelvico con la matrona de primaria.
- Muchas mujeres no aumentan la puntuación del testing por que reconocen que no hacen los ejercicios del suelo pelvico.
- Hay mujeres que te llaman para anular la cita del seguimiento por incontinencia de orina o disfuncion sexual por que sienten mejoría que no puedes valorar de forma objetiva por que ya no te acuden.
- La lejanía que existe en el medio rural para acudir al Servicio de Rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca, supone que aunque han sido derivadas por el MAP y citadas en menos de 6 meses, no puedan acudir .
- Los prolapsos de utero y vejiga a partir del grado 2 no son ni recuperables ni susceptibles de mejorar con ejercicio de kegel.

- Darle en persona a la mujer la cita para el proximo seguimiento del suelo pelvico.
- Llamarla el dia de antes a la mujer para recordarle la cita.
- Crear episodio de incontinencia,prolapso o disfuncion sexual en el tapiz del OMI para registrar mejor los seguimientos

7. OBSERVACIONES.

- Seria importante tener un perinometro modelo EPI-NO Delphine plus, en las consultas de la matrona de primaria, para realizar mejor la valoracion cuantitativa del suelo pelvico y para usar de biofeedback con la paciente.
- Nos gustaría tener formación continuada y multidisciplinar con el servicio de Fisioterapia del Hospital San Jorge, para compartir y aprender a trabajar mejor la musculatura del suelo pélvico y que nos cuenten que métodos y resultados observan al tratar y rehabilitar la musculatura del suelo pélvico en la puerpera y en la mujer con disfunciones sexuales y/o urinarias.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/739 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
ARNAL BESCOS MARIA JESUS, SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, ROMAN ESCARTIN MANUELA, ALBA CANELA MARIA ANGELES, SESA RUSPIRA MARIA PILAR, ESCANILLA SAMPER PILAR, BLANCO GIMENO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Con los años de experiencia, se ha detectado que no existe un protocolo de las actuaciones a seguir, cuando una paciente acude a la consulta de la matrona, para captar de forma precoz mujeres en riesgo de padecer una disfunción de suelo pélvico. Observada la necesidad se prioriza el tema, ya que de manera habitual detectamos en nuestras consultas mujeres que presentan dichas disfunciones.

RESULTADOS ESPERADOS
La recuperación del suelo pélvico es básica a cualquier edad y cualquier mujer a partir de la adolescencia debería de conocer sobre su propio cuerpo. Se puede prevenir, tratar y rehabilitar. En el periodo del postparto se debilita considerablemente la musculatura pélvica que no se recuperará espontáneamente del todo. Trastornos de incontinencias urinarias, prolapsos y disfunciones sexuales son susceptibles de intervención por parte de las matronas de atención primaria. Con la implantación de dicho protocolo se espera mejorar el conocimiento de las mujeres de su propio cuerpo, detectar y tratar de forma precoz dichos trastornos.

MÉTODO
Constituir el grupo de mejora objetivos a alcanzar: identificación y conocimiento de su propio suelo pélvico. Aprender a realizar ejercicios de Kegel. Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Derivar de forma precoz a las mujeres que no mejoran tras las actividades propuestas. Definir el protocolo de actuación. Definir los indicadores de seguimiento.

INDICADORES
-Comprobar la correcta realización y adhesión al tratamiento: realización de los ejercicio de Kegel de 3 a 7 días a la semana. En plantilla de OMI para valoración de Suelo Pélvico.
-La valoración y seguimiento de las puérperas se realizará, en tres consultas concertadas: puerperio tardío, a los 3 meses y 6 meses postparto.
-Aumento en los test de Oxford modificado según Pigné en dos puntos como mínimo. También está incluida la escala en el OMI en valoración del Suelo Pélvico.
-Derivar a Rehabilitación a las mujeres que tras las visitas concertadas no consiguen una valoración en el test de Oxford de al menos 4 puntos

DURACIÓN
Reunión Equipo investigador: mayo 2016
Reunión Equipo multidisciplinar (con fisioterapeutas de atención primaria del Sector): octubre 2016
Selección de participantes y seguimiento con las actividades propuestas: de noviembre 2016 a junio 2017
Análisis de la información obtenida: julio-octubre 2017
Resultados y conclusiones: octubre 2017
Informe final: octubre-noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

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 - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE CARMEN VERA BELLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO
LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO
CAMPOS AVELLANAS MARIA CARMEN
NAVARRO PEÑALVER ARANZAZU
IBORT OTAL CRISTINA
CANCER MORE PILAR
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones seriadas presenciales los primeros jueves de cada mes entre los equipos de pediatría de atención primaria de cada uno de los centros del sector de Huesca

Se establece a su vez un medio de comunicación oficial mediante correo y no oficial a través de redes sociales que permita mantener informados a todos los participantes tanto de la programación de las reuniones así como de las conclusiones establecidas.

En dichas reuniones se ponen en común inicialmente las pautas sobre la introducción de la alimentación complementaria dadas por los distintos profesionales en su centro correspondiente, así como revisión y actualización de recomendaciones actuales según la bibliografía revisada sobre las recomendaciones realizadas por las sociedades nacionales e internacionales expertas en nutrición infantil (AEP, AEPap, ESPGHAN, SEN, OMS...)

Unificando criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría se establecen unas recomendaciones generales y comunes en las pautas de introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la evidencia científica existente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1 / Creación de un documento único y consensado de las pautas de introducción de la alimentación complementaria en el sector de Huesca que se entregará a los padres en las revisión de salud correspondientes y que incluye las siguientes características :

CONSIDERACIONES GENERALES

La Leche materna es el mejor alimento para el bebe. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Sociedad Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años o hasta que la madre y el niño quieran.

Se aconseja iniciar el proceso de diversificación alimentaria a los 6 meses y nunca antes de los 4 meses.

El calendario de incorporación de nuevos alimentos es siempre una información orientativa.

Se deben ir incorporando los alimentos de forma progresiva de uno en uno y en pequeñas cantidades respetando un intervalo de algunos días para cada alimento observando como se tolera.

A medida que el niño crezca es aconsejable ir incorporando preparaciones diferentes a los triturados(alimentos chafados o pequeños trozos) . No dar alimentos sólidos duros y pequeños con los que puedan atragantarse .

El ambiente durante las comidas debe ser cómodo y relajado evitando estímulos externos (televisión, móvil, tablet ...).

Es bueno hacer que el niño participe de su alimentación: dejarle tocar y elegir los alimentos que quiere llevarse a la boca entre los que se le han ofrecido

No todos los niños comen la misma cantidad de alimento. Cada niño tiene una necesidad diferente que varia a lo largo del tiempo. No es recomendable forzar.

OBSERVACIONES SOBRE ALGUNOS ALIMENTOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Fórmulas infantiles/Derivados lácteos/Leche de vaca

- o Fórmula tipo 1 o de inicio: Desde el nacimiento hasta los 6 meses . Como alternativa a la lactancia materna cuando ésta no sea posible o como complemento de la misma cuando sea necesario
- o Fórmula tipo 2 o de continuación: En los niños alimentados con fórmula es aconsejable pasar a este tipo a partir de los 6 meses
- o Derivados lácteos (yogurt natural, queso fresco) se pueden ofrecer a partir de los 9 meses
- o No dar leche de vaca antes de los 12 meses

Cereales sin gluten (arroz, maíz...) y cereales con gluten (trigo, avena, cebada y centeno).

- o A partir de los 6 meses . Siendo aconsejable introducir el gluten antes de los 7 meses

Frutas. A partir de los 6 meses

- o Deben ser variadas, naturales y del tiempo
- o Ofrecer con cuchara. No se aconsejan darlas en biberón por el riesgo de producir caries
- o Las consideradas más alergénicas (frutas rojas o con pelo) suelen retrasarse hasta después del año, aunque no es imprescindible

Verduras . A partir de los 6 meses

- o Puede ofrecerse cualquier verdura (judías verdes, puerro, calabacín, patata, puerro, cebolla, zanahorias), EXCEPTO aquellas que contienen gran cantidad de nitratos (espinacas, acelga, borraja, apio, col, remolacha) que se recomiendan no añadirles hasta los 12 meses .
- o Se aconseja consumir la verdura el mismo día conservándose en nevera y si se desea guardar más de 24 horas deberá ser congelada

Carne. A partir de los 6 meses

- o Pollo, pavo, ternera, cordero ... SIN GRASA. Las vísceras no son aconsejables

Pescado. A partir de los 6 meses

- o Pescado blanco y azul .
- o Se recomienda utilizar pescado previamente congelado
- o No se recomienda en menores de 3 años el consumo de determinados pescados azules (pez espada o emperador, atún rojo, cazón, lucio) por su alto contenido en mercurio.
- o No dar la cabeza de los crustáceos (gambas, langostinos, cigalas ...) ni el cuerpo de los cangrejos, ya que contienen cadmio.

Legumbres. A partir de los 6 meses

- o Lentejas, garbanzos, alubias...
- o Cocinadas con verduras, arroz ... sin embutidos

Huevo. A partir de los 6 meses

- o Siempre bien cocinado (huevo duro, tortilla, revuelto), 2-3 veces por semana
- o Primero la yema y luego la clara (más alergénica)

Otras recomendaciones

- o Empezar a ofrecer agua al introducir alimentos diferentes a la leche
- o A los alimentos no se les debe añadir ni azúcar, ni miel ni edulcorantes
- o Es conveniente evitar la sal . Si se emplea que sea en pequeñas cantidades
- o Se puede añadir aceite de oliva extra a los alimentos en pequeñas cantidades
- o No se recomiendan los alimentos superfluos (bollerías, chucherías, patatas fritas, chocolates, galletas, embutidos ...)

2/ Incluir estas recomendaciones en las plantillas unificadas del programa informático OMI -AP para que sean accesibles a todos los profesionales del equipo de atención primaria : Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida e idealmente de forma complementaria hasta los 2 años de edad junto con la introducción de la alimentación complementaria supone un proceso de gran importancia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

para el crecimiento y desarrollo del niño

Debemos tener en cuenta que no existe un calendario único . Se decide crear este proyecto para unificar la información y elaborar unas recomendaciones básicas para la introducción de la alimentación complementaria con el fin de:

- que los padres conozcan de manera sencilla el tipo de alimento que pueden dar a su hijo
- servir a los profesionales sanitarios como guía para reforzar la información que se les facilita a los padres
- informar a la población general sobre la introducción de la alimentación complementaria

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/846 ===== ***

Nº de registro: 0846

Título
REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
VERA BELLA CARMEN, PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO, LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO, CAMPOS AVELLANAS MARIA CARMEN, NAVARRO PEÑALVER ARANZAZU, IBORT OTAL CRISTINA, CANCER MORE PILAR, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recomendaciones de alimentación a población infantil sana
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 alimentación complementaria se define como cualquier alimento sólido o líquido que no sea leche materna o leche de fórmula adaptada y el momento óptimo para introducirla, según la OMS, es a partir de los 6 meses de edad. Si no se introduce la alimentación complementaria en el momento y la forma correcta se pueden producir problemas en la salud futura del niño: retraso en la adquisición de la masticación, deficiencias vitamínicas, anemia, obesidad...
En la actualidad, cada equipo de atención primaria del sector de Huesca introduce la alimentación complementaria siguiendo unas pautas propias lo que genera gran disparidad en la información que se transmite a las familias de los niños y puede generar desconfianza y confusión en los padres sobre estas recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer unas recomendaciones generales y comunes en las pautas de introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la evidencia científica existente.
Incluir estas recomendaciones sobre la introducción de la alimentación complementaria en las plantillas unificadas del programa informático OMI-AP para que sean accesibles a todos los profesionales del Equipo de atención Primaria.

MÉTODO
Realizar una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones realizadas por las sociedades científicas nacionales e internacionales expertas en nutrición infantil, la OMS... en torno a la introducción de la alimentación complementaria.
Elaboración por parte de los pediatras y las enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del uso del correo electrónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Inclusión del documento de consenso para la unificación de las pautas de introducción de la alimentación complementaria en el sector de Huesca en las plantillas de consejos del programa informático OMI-AP.

INDICADORES

Actas de las reuniones presenciales organizadas por los profesionales.
Documento único y consensado de las pautas de introducción de la alimentación complementaria para todos los Equipos de Atención Primaria del Sector

DURACIÓN

Noviembre-Diciembre- 2016- Enero 2017: realización de la revisión bibliográfica.
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del documento de consenso.
Abril 2017 - en adelante: informar a las familias en las consultas programadas del programa de salud infantil (PSI) de las nuevas recomendaciones en la introducción de la alimentación complementaria.

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 - 2016/1144

1. TÍTULO

TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA TERESA PARALED CAMPOS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS SARIÑENA
- Localidad SARIÑENA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORNAO CASAS SARA
GAZOL PERIZ YOLANDA
BURGOS DIAZ M VICTORIA
PRIETO BONSON ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

18/05/17: Preparación al parto: El recién nacido (5 personas)
27/05/17: Hábitos saludables en la población de Capdesaso y organizada por la asociación de vecinos de dicha población (28 personas)
22/09/17: Educación diabetológica en la población de S. Juan del Flumen. (14 personas)
24/09/17: Presentación del documento "Queda con tu salud" en el marco de la Feria Agrícola y ganadera de Sariñena (FEMOGA 17) con la colaboración de las distintas asociaciones y empresas dedicadas al fomento del ejercicio físico. Participación de 34 personas
09/12/17: Fomento del ejercicio físico: "Queda con tu salud" organizado por la agrupación de peñas de Sariñena. Participación de 63 personas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados se pueden medir con la participación de las distintas organizaciones y personas en las actividades realizadas.
Entidades colaboradoras: Comarca de los Monegros, Ayuntamientos de las poblaciones de la zona de salud (Sariñena, Lanaja, Lalueza, Sena, Villanueva de Sijena, Capdesaso y Albalatillo)
Asociaciones: Agrupación de peñas Sariñena, Grupo de senderismo y montaña, Club natación Sariñena
Empresas: Hozona, Irsa, Mapi Durgalé

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es satisfactoria ante la respuesta de la población aunque ciertamente es difícil medir el impacto sobre los hábitos de salud de la población.
La elevada presión asistencial de la zona, por sus características, impiden la participación en centros escolares, población que sería muy importante su abordaje
Sería conveniente continuar con las actividades ya iniciadas y llegar a alcanzar la población infantil y joven en los centros escolares

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1144 ===== ***

Nº de registro: 1144

Título
TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

Autores:
PARALED CAMPOS TERESA, BORNAO CASAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1144

1. TÍTULO

TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

PROBLEMA

Fomentar el autocuidado y la educación para la salud en un EAP con población envejecida y nivel socioeconómico medio

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a la población educación para la salud, establecer vías de comunicación con la comunidad de la ZBS para atender sus necesidades con más calidad

MÉTODO

Se realizarán un mínimo de 6 charlas o talleres de salud comunitaria

Se captarán los pacientes en consulta de enfermería y/o medicina, o bien se anunciarán las charlas mediante carteles en el CS. También se podrán realizar talleres a solicitud de asociaciones de vecinos, FEACCU, ayuntamientos, otras.

INDICADORES

Realización de al menos 6 charlas/talleres de educación comunitaria al año. Recogida de las mismas, con contenido, fecha y número de asistentes

DURACIÓN

Año 2017 (continuación de proyecto llevado a cabo en 2016)

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 - 2016/1204

1. TÍTULO

DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CEREZUELA SAMPER
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMORA PALLAS ESTHER PIRINEOS
PUENTE GALAN MARIA RAFAELA
CANO SANCHEZ MARGARITA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA
DUASO ALLUE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un documento de consenso.
Mantenimiento de las agendas
Informe mensual

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Correspondencia de los actos de las agendas de todos los profesionales con el documento de estandarización y a su vez con el RIF de cada equipo en el 90% de los casos
Citación a través de Salud informa para todos los profesionales del sector (ver observaciones)*

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha ayudado a entender mejor la complejidad de OMI_AP y a dar más valor a la calidad de registro.
Gran dificultad cuando se trata de modificar programas informáticos, gran diversidad en las respuestas dadas desde los diferentes responsables

7. OBSERVACIONES.
El porcentaje se refiere a la concordancia de los actos de las agendas con el documento de estandarización, no se han podido trabajar los RIF, la DAP ha solicitado el aumento en un administrativo para poder desarrollar bien la unidad de Atención al Usuario en AP, derechos ARCO y actualización de RIF, pero no ha sido posible.

*No ha sido posible debido a que en el sector hay un número importante de cupos en los que no hay asociación médico/enfermera por lo que un número importante de usuarios no pueden acceder a la citación a través del salud informa. Problema que se solucionaría con la asignación de enfermera a través de BDU.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1204 ===== ***

Nº de registro: 1204

Título
ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI-AP

Autores:
CEREZUELA SAMPER CARMEN, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE, LAMORA PALLAS MARIA ESTHER, PUENTE GALAN MARIA RAFAELA, CANO SANCHEZ MARGARITA, GARCES ROMEO TERESA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA, DUASO ALLUE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de unificación previa al incremento de centros con OMI AP y la facilidad que proporciona OMI a la hora de crear Actos y Agendas varias, habían llevado consigo una diversificación de los tipos de cita en cada centro, que dificultaba enormemente la elaboración del Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP), lo que conllevaba una difícil extracción de los datos así como la poca fiabilidad de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1204

1. TÍTULO

DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP

RESULTADOS ESPERADOS

Para poder corregir errores comunicados por el SIAP mensualmente y a su vez poder realizar una correcta y realista extracción de los datos que repercuten en los Acuerdos de Gestión Clínica de los centros. Además una correcta identificación para los usuarios de las agendas en el salud informa, lo que implica citarse a través de la web.

MÉTODO

Desde esta Dirección de Atención Primaria, se trabajó en un documento adecuado a las necesidades del Sector y se realizó una reunión con los profesionales de admisión de todos los centros de salud, realizando las explicaciones y aclaraciones oportunas al respecto, e indicando que este proceso forma parte de su Acuerdo de Gestión de 2016.

Una vez explicado, se les informa que con fecha 31 de diciembre de 2016 se llevará a cabo la revisión de los actos y agendas y ver el cumplimiento del punto del Acuerdo.

Este proyecto continua hasta conseguir la uniformidad y estandarización del 100% de agendas y actos

INDICADORES

Correspondencia de los actos de las agendas de todos los profesionales con el documento de estandarización y a su vez con el rif de cada equipo.
La evaluación se llevará a cabo como una auditoria externa desde la DAP

DURACIÓN

2017-2018

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 - 2016/1149

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEREZUELA SAMPER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación a los profesionales de enfermería del sector y TCAE "atención al paciente diabético tipo 2"
Adecuar los recursos a las necesidades de autoanálisis ajustar consumos de los centros.
EIR de comunitaria trabajo de investigación
Información trimestral a los equipos sobre la adecuación del seguimiento de los pacientes diabéticos a sus necesidades.
en la carpeta compartida con los centros de la evolución de este proyecto se informa de las incidencias trimestralmente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han emitido el 100% de informes de incidencias de registro. (trimestral)
Concordancia registro OMI/EXCEL proyecto se ha mejorado un 5% en el registro de agujas y un 1 % en el de tiras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos conseguido una base de datos de los diabéticos del Sector más actualizada que los registros de OMI, no hemos conseguido mejorar el registro en OMI sobre el material que se entrega a los diabéticos. Los datos recogidos nos sirven como análisis de la situación para el Proyecto propuesto para el 2018, ya que actualizaremos nuestro censo de pacientes DM tipo 1 con calculadores de bolo y bombas de insulina, ya que no coinciden con los datos proporcionados por la consulta de endocrino. Y también nos muestra acciones que tenemos que dejar de hacer con el paciente tipo 2.

7. OBSERVACIONES.

Pensar mejor el título del Proyecto, no refleja el desarrollo del mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1149 ===== ***

Nº de registro: 1149

Título
GESTION DEL PROGRAMA DE TIRAS Y AGUJAS DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se observa un registro no actualizado en la DAP del consumo de tiras y agujas de los pacientes diabéticos. Se plantea un registro por parte de los profesionales, actualizado, el stock del material estará vinculado a esto. Intentar identificar la multicausalidad del bajo registro e iniciar actividades de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el registro de tiras y agujas suministradas en OMI-AP para optimizar el gasto y garantizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1149

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP

suministro a todos los pacientes que lo precisen.

MÉTODO

Se ha creado un acceso a una carpeta compartida entre DAP y los centros de salud, donde aparecía la excel por cupos. En febrero 2016 se puso en marcha, esta excel contenía el listado de diabéticos que hasta ahora se hacía en la Secretaría de Dirección y que sabíamos que no estaba actualizado. Se indicó a los profesionales de enfermería, administrativos y TCAE, que de manera trimestral se debería hacer una actualización de los mismos. Desde la Dirección de enfermería, se han hecho informes trimestrales (marzo, junio, diciembre, en septiembre no se pudo realizar), donde se informaba a los centros los errores que había en la hoja, bien de registro o de no adecuación del material que estaba registrado para las necesidades de ese paciente. Se les informaba del consumo mensual, y se dio acceso a la responsable del almacén para que actualizara los pactos de los centros en base a estas necesidades reales.

Por otra parte se han hecho extracciones de OMI por parte del servicio de informática del sector de los DGP V_TIRAS y V_AGUJAS, comparando estos resultados con el registro en la Excel. Este dato se presenta como indicador clínico propio del Sector.

El registro de consumo de agujas sigue estando muy por debajo de las necesidades reales, esto no se debe solamente a la falta de registro sino también a la reutilización de las mismas por parte de los pacientes, dato que se ha tratado en sesiones clínicas en los centros de salud, para intentar mejorarlo.

INDICADORES

- **INDICADORES DE MEDIDA:** Se compararán los resultados obtenidos en el indicador de Tiras y agujas a pacientes diabéticos (DGP V_TIRAS y V_AGUJAS), con los datos de la Excel. Auditoría De las Excel por la Dirección de Enfermería
- **RESULTADOS ESPERADOS:** Concordancia de datos, y suministro de tiras y agujas adecuado a todos los pacientes.

DURACIÓN

La evaluación se realiza trimestralmente por la DAP, la duración prevista del protocolo dependerá de la mejora de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO GASCON ANA MARIA
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de las agendas propias de la consulta de paliativos, formación en el cuestionario NECPAL y monitorización de la actividad de las mismas agendas en aquellos centros en los que han aceptado su desarrollo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo de partida: 0 centros en nuestro Sector tenían agenda o habían comenzado este proyecto antes de su inicio en 2017.

El estándar de control sería de la aplicación en al menos el 20% de los Centros de Salud.

De los 14 centros del Sector el 20% serían 2,8 centros (3 centros).

En este momento la aplicación de las agendas activas con el programa de paliativos está activa en 3 Equipos (Ayerbe, Biescas y Berdún).

Con lo que si el baremo alcanzase unos objetivos entre el 20% del estándar sería de 10 puntos máximos con 3 centros y 0 puntos con 2 centros.

Al alcanzar el máximo del estándar la puntuación en este proyecto alcanza los 10 puntos.

Los resultados de este proyecto no se pueden evaluar en un indicador de impacto poblacional debido al tamaño de estos 3 centros y su dispersión.

La fuente de datos de los resultados es la actividad de agendas proporcionada por el departamento de control de gestión de Huesca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las agendas de paliativos han tenido poco impacto en muchos de los centros, presentados, el cuestionario NECPAL no ha sido bien recibido por todos los profesionales de primaria y se comparten estos pacientes en los Equipos de atención primaria sin necesidad de reflejar los datos en una agenda propia de paliativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1712 ===== ***

Nº de registro: 1712

Título
MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

Autores:
RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente susceptible de cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
- 2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
- 3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

MÉTODO

- 1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)
 - 2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
 - 3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
 - 4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
- Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

INDICADORES

- 1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
- 2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
- 3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
- 4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

DURACIÓN

Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
CALVO GASCON ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación registro indicadores.
Formación en detección y abordaje del EPOC
Renovación de espirómetros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en los siguientes indicadores:

- 1 Pacientes fumadores a los que se les ha realizado la intervención tabáquica (61,62% a 64%)
- 2 Personas mayores o igual a 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco (51,8% a 60%)
- 3 Razón de prevalencia de EPOC (2% a 2,3%)
- 4 Pacientes con Diagnóstico de EPOC y registro de síntomas en el último año (27,34% a 34,4%)
- 5 Pacientes con diagnóstico de EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vias aéreas (20,6% a 33%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cambiar la indicación de la espirometría a pacientes fumadores con sintomatología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1713 ===== ***

Nº de registro: 1713

Título
MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una línea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Línea Estratégica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCIÓN Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

MÉTODO

Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además formación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

INDICADORES

Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluidos en los AGC de los equipos dentro de la línea estratégica del EPOC.

DURACIÓN

2017-2018

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 - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Fecha de entrada: 13/12/2018

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se ha conseguido modificar la zona de screening de EPOC en OMI de acuerdo a las nuevas recomendaciones que relacionan la realización de la espirometría con la presentación de síntomas en pacientes fumadores.
No pudiendo incorporarse el cuestionario planteado por esta Dirección para facilitar el diagnóstico de EPOC en pacientes fumadores y revisar la correcta prevalencia de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo: Aumento del porcentaje de los pacientes fumadores que se les ha realizado la intervención tabáquica un 5%.
Valor inicial del que se partía para mejorar: 68.63%.
Valor final objetivo máximo: 72.42%
Rango de puntuación max y 20%max: 72.42%- 71.02% (10-0)
Cifra alcanzada: 71.31%= 2 puntos/10.
Fuente de datos: Cuadro de mandos, evolución de indicadores, intervención de tabaco desde 31/12/18 hasta el 13/12/18:

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No es efectivo proponer ningún proyecto que suponga modificaciones de OMI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1713 ===== ***

Nº de registro: 1713

Título
MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una línea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Línea Estratégica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

MÉTODO

Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además formación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

INDICADORES

Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluidos en los AGC de los equipos dentro de la línea estratégica del EPOC.

DURACIÓN

2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE SARA GUILLEN LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO GASCON ANA MARIA
ELDUQUE PALOMO AMADEO
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Implantación de TAONet para el seguimiento de pacientes en tratamiento con AC orales no Directos.
Formación en la herramienta.
Revisión de la correcta indicación de los tratamientos anticoagulantes.
Revisión de los criterios de seguimiento y control de la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de Impacto en cobertura (%):

(Población en tto ACO cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net)/(Población en tratamiento anticoagulante oral) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 1884 pacientes/3003 pacientes x 100= 62%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:

(Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 84,8%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:

(Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/(Número total pacientes con ACOD) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 59,34%

Puntuación (0-10 puntos): 0 puntos

Fuente de datos: Query de OMI y Receta electrónica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Retraso en el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre, la formación inicial fue en julio. Habiendo detalles que no se habían integrado bien que hasta final de octubre no se pudieron corregir.
- El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto, cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos ha llevado a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. Este seguimiento en nuestro sector se está haciendo desde la consulta de enfermería de hematología, por lo que esperamos a enero a desarrollar el circuito de derivación y formación necesaria a los profesionales.
- El desconocimiento de la tasa de pacientes anticoagulados en el Sector y su ajuste a las tasas de la Comunidad Autónoma y España; así como de los datos de seguimiento de dichos pacientes; junto con la lentitud en la implantación del programa en el Sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/24 ===== ***

Nº de registro: 0024

Título

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD (anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.

El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.

El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.

A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP, el autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.

La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI

El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.

No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,...)

Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.

Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.

Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.

Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD

Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD

Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.

Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI

Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD (FG)

MÉTODO

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD

Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

INDICADORES

Número de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.
Nº de pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD (en %)

DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SARA GUILLEN LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA
ELDUQUE PALOMO AMADEO
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Instalación de TAONET. Se retrasó el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre de 2018. Hubo detalles que no se habían integrado bien y hasta final de octubre no se pudieron corregir.
- Formación a los profesionales en TAONet. La formación inicial fue en julio 2018.
- Realización de protocolo de tratamiento y seguimiento de los pacientes anticoagulados en la modalidad de autocontrol en el Sector de Huesca. Abril-Mayo 2019. Protocolo PO-17_HU(P)E. Revisión A. "Circuito de captación, formación y seguimiento del paciente en autocontrol en Terapia Anticoagulante Oral en Atención Primaria" (colgado en la plataforma para la Calidad Asistencial).
- Formación a los profesionales en gestión de autocontrol. El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto y el cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos llevó a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. La formación se hizo el día 5 de abril de 2019.
- Inclusión del autocontrol. El día 23 de mayo se trasladó a los Centros toda la documentación necesaria para iniciar el autocontrol que incluía la cartilla-guía para facilitar el seguimiento de los autoanálisis y dosificación.
- En el mes de septiembre de 2019 se envió a los Centros de Salud sus resultados intermedios del primer semestre respecto a la correcta asociación del ACOD al episodio de OMI. También se envió un listado con los pacientes ACOD que disponían de un dato de Filtrado Glomerular en el primer semestre y los que no tenían la determinación realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de Impacto en cobertura (%): (Población en tto ACO con anti-Vit K cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net)/(Población en tratamiento anticoagulanteoral con anti-Vit K) x100

ESTÁNDAR 2019: 60-70%

Resultado: Numerador: 1086, denominador: 1709. Total: 63,55%

Fuente: TAONet y Farnasalud.

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100

ESTÁNDAR 2019: 75-85%

Resultado: Numerador: 1023, denominador: 1324. Total: 77,27%

Fuente: Receta electrónica

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/(Número total pacientes con ACOD) x100

ESTÁNDAR 2019: 80-95%

Resultado: Numerador: 1227, denominador: 1324. Total: 92,67%

Fuente: Laboratorio Izasa y Receta electrónica

• Porcentaje de EAP en los que se ha instaurado el seguimiento de los pacientes en Autocontrol

ESTÁNDAR: 40-60%

Resultado: Numerador: 4, denominador: 13. Total: 30,77%

Durante el 2019 se estableció el autocontrol en 4 Centros de salud, a saber: 1 paciente en CS Jaca, 1 en Santo Grial y 1 en Huesca Rural y 2 pac. en CS Ayerbe. No se encontraron pacientes en Berdún susceptibles de implantar el autocontrol.

Fuente: TAONet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de TAONet ha mejorado el seguimiento y control de los pacientes que llevan tratamientos con ACO. Permite la dosificación de las personas en tratamiento con warfarina. Facilita la dosificación partida, la modificación de dosis y la inclusión de heparina en personas con tratamientos anti Vitamina K. Permite la visualización de los resultados en Historia Clínica Electrónica y la transferencia de datos al laboratorio del Hospital para aquellos pacientes cuya dosificación la realiza Atención Especializada. También permite el seguimiento de las personas tratadas con ACOD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

El retraso en la implantación del autocontrol de pacientes con ACO anti Vitamina K y la existencia de una consulta de autocontrol en Atención Especializada que ya ofrece este servicio ha propiciado un retraso en su desarrollo en AP. Entendemos no obstante que en zonas rurales que cuentan con una menor accesibilidad a esta consulta ubicada en el hospital San Jorge el autocontrol facilitará una mejor calidad de vida y autonomía para la vida activa o laboral de estas personas que viven en zonas alejadas de la capital. En Enero de 2020 se sumarán 4 nuevos pacientes en el CS de Biescas a los 5 ya iniciados

No nos ha sido factible extraer datos de forma fiable para conocer las complicaciones hemorrágicas o de ictus de los pacientes con ACOD. Los datos de aumento de esta terapia en el Sector nos obliga a una mejora en el seguimiento de la adherencia de estos fármacos así como a educar a los pacientes y sus familiares en signos de alarma de complicaciones derivadas de los mismos. Habría que investigar cuántos de los pacientes con ACOD en receta electrónica han sido incorporados en TAOnet ya que su alta en el sistema facilitaría la aparición del icono en OMI y por tanto le daría una mayor visibilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/24 ===== ***

Nº de registro: 0024

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD (anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP, el autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,...)
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.

Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD

Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD

Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.

Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI

Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD (FG)

MÉTODO

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD

Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

INDICADORES

Número de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.

Nº de pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados (en %)

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD (en %)

Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD (en %)

Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD (en %)

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD (en %)

DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
CALVO GASCON ANA MARIA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- No se ha podido habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test han sido pasos baldíos que no han llevado a ningún puerto. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP.
- La inclusión de la realización del test ha llevado previamente a varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo, y a la realización de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba y unas instrucciones precisas del envío. La organización de un sistema de valija y de su correspondiente método de envío desde los centros a la consulta de digestivo.
- En el contexto del Servicio de Digestivo tienen pautas de tratamiento de la dispepsia diferentes entre sí, y si las comparamos con las GPC actuales, pautas que pensamos deberían de ser las establecidas en nuestro Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La priorización de la realización de esta prueba se ha centrado en los equipos rurales quienes presentan a día de hoy una población alrededor de los 53.030 habitantes (49% de la población del Sector). En el momento actual, está realizándose el test en Grañén, Almudévar, Sabiñánigo, Hecho y Berdún.

-Indicador de Impacto en cobertura (%):

(Población rural incluida en la realización del test de H.Pylori en AP en el Sector Huesca en 2018)/(Población total rural del Sector de Huesca) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 20522 hab/52997 hab x 100= 38,7%

Puntuación (0-10 puntos): 4,25 puntos

-Indicador de Actividad de cambio de oferta:

(Difusión de la formación en realización del Test H.Pylori)/(Número total de los EAP del sector) x100

RANGO Contemplado 2018: 80-100%

Resultado: 14/14=100%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La expansión final del test en el resto de centros se realizará a lo largo de este primer trimestre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/25 ===== ***

Nº de registro: 0025

Título

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:

ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.

No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP

Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

MÉTODO

Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

INDICADORES

Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

Número total tests HP realizados en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

DURACIÓN

Realización de protocolo del Sector	Primer trimestre AP_AE
Compra de test HP desde Farmacia AP	Enero 2018
Formación en realización test HP	hasta mayo del 218 DAP
Formación enfermería ICV	marzo abril 2018 AP_AE
Formación en protocolo dispepsia y errad HP	Abril Agosto DAP AE
Creación buzón ICV Test HP en HCE	SSCC enro 2018
Evaluación desarrollo	Diciembre DAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Compra de test HP desde Farmacia AP (enero 2018)
- Ordenación del sistema de valija. Se realizaron varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo.
- Formación en realización test del HP. Durante el 2018 se realizó la formación de los profesionales de enfermería en los 14 Centros de Salud a través de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba. Y se procedió a la transmisión de las instrucciones precisas para el envío del test por valija a la consulta de digestivo del Hospital San Jorge.
- Se envió a cada Centro de Salud el resultado intermedio de realización del test. (número de pacientes a los que se les había realizado el test del Helicobacter en el propio Centro sobre el total de peticiones realizadas de realización del test a pacientes del Centro).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador de Impacto en cobertura (%): Test de HP en los que se realiza obtención de la muestra en AP/ Total de test de HP realizadas en nuestro Sector x 100
Se estableció un estándar 60-80% en las reuniones de seguimiento del CP.
Resultado 2019: 81,83% (1378 test realizados en AP/ 1684 test totales en el Sector.
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (los datos corresponden al periodo comprendido desde abril a diciembre de 2019, 9 meses, y se han obtenido mensualmente mediante registro manual)
-Indicador de Actividad de cambio de oferta: (Nº de Centros con consulta monográfica de realización del test de HP activa /Número total de los EAP del sector) x100
RANGO Contemplado 2019: 100%
Resultado 2019: 14/14=100%.
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (registro manual).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El principal objetivo se ha conseguido. Todos los Centros de Salud del Sector ofertan y realizan los test de HP mediante consultas monográficas de sus correspondientes Zonas Básicas de Salud.
El proyecto está implantado y es sostenible y refuerza el papel de AP en la mejora de la accesibilidad al test descongestionando la Atención Especializada.
No se pudo crear el buzón ICV Test HP con V-test en HCE. No se pudo habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test fueron pasos infructuosos. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP. Para poder habilitar la vía telemática se debería hacer el test con Taukit.
No se pudo consensuar con AE una pauta guía de tratamiento para nuestro Sector. En la actualidad desde AP, y en un intento por eliminar la variabilidad clínica, se están revisando las aportaciones que desde la Asociación Española de Gastroenterología se hacen en relación con las Dispepsia en el proyecto INFOGASTRUM.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/25 ===== ***

Nº de registro: 0025

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.

No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP

Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

MÉTODO

Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

INDICADORES

Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Número total tests HP realizados en AP

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

DURACIÓN

Realización de protocolo del Sector	Primer trimestre AP_AE
Compra de test HP desde Farmacia AP	Enero 2018
Formación en realización test HP	hasta mayo del 218 DAP
Formación enfermería ICV	marzo abril 2018 AP_AE
Formación en protocolo dispepsia y errad HP	Abril Agosto DAP AE
Creación buzón ICV Test HP en HCE	SSCC enero 2018
Evaluación desarrollo	Diciembre DAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELDUQUE PALOMO AMADEO
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.

Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAP del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.

Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores seleccionados para este proyecto son 3:

Indicador de Actividad:

(nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1)/(EAP Sector Huesca) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 71,42%

Puntuación (0-10 puntos): 5,5 puntos

Indicador de Impacto:

(nº de EAP con activ de educación diabetológica)/(nº de EAP con act.comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 4 de un total de 10 centros: 40%

Puntuación (0-10 puntos): 5 puntos

Indicador de Impacto:

(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro)/(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin?insulina) x100

Rango Contemplado: disminución del 20% del valor inicial del 6,12% al 4,9% de pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro.

Resultado: 5,21%

Puntuación (0-10 puntos): 7,5 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorando los resultados hay que seguir trabajando la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales para un óptimo seguimiento de estos pacientes, y continuar en la línea "No hacer" en las actuaciones propias de atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/336 ===== ***

Nº de registro: 0336

Título

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Autores:

CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de situación de inestabilidad, con glucómetros
Control glucémico en consulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacientes DM tipo 1

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia
Suministrar el material de los pacientes DM tipo1 desde los EAP
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO

Realizar protocolo del Sector
Suministro del material en la consulta de AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias
Evaluar resultados

INDICADORES

Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia/ N° de pacientes con DM tipo1 (en %) 90%
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina (en %) Mejorar en un 20% el valor inicial
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

DURACIÓN

Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO GASCON
• Profesión MEDICO/A
• Centro DAP HUESCA
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELDUQUE PALOMO AMADEO
ALLER BLANCO ANA ISABEL
ELFAU MAIRAL MARIA
CEREZUELA SAMPER CARMEN
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.

Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAP del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.
Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.
Creación de una CARPETA compartida con la Dirección de AP en todos y cada uno de los Centros de Salud para el desarrollo de esta estrategia (material educativo, listados de pacientes...)
Envío de listados a los Centros de Salud con los pacientes diabéticos a los que se les estaban entregando tiras de control de glucemia cuando en sus tratamientos no figuraba ni la insulina ni ningún antidiabético oral hipoglucemiante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador de Actividad: (nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1)/(EAP Sector Huesca) x100
RANGO Contemplado 2019: 100%
Resultado: Numerador: 14, denominador: 14. Total 100%
Fuente: Dirección de Atención Primaria.

Indicador de Impacto: (nº de EAP con activ de educación diabetológica)/(nº de EAP con act. comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes) x100
RANGO Contemplado 2019: 30-50%
Resultado: Numerador: 2, denominador: 14. Total 14,29%. Los Centros de Salud que contaron con una actividad específica de educación diabetológica en sus agendas fueron Santo Grial y Grañén.
Fuente: OMI.AP

Indicador de Impacto: (Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes con glucómetro) / (Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes insulina) x100
Rango Contemplado 2019: 6-4%.
Resultado: Numerador: 140, denominador: 4896. Total: 2,86%
Fuente: OMI.AP y Receta electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la accesibilidad a los materiales para pacientes diabéticos tipo 1. Todos los Centros de Salud proveen de los materiales a estos pacientes en su lugar de residencia.
Se ha conseguido una mayor eficiencia del uso de tiras de glucemia restringiéndose su uso únicamente a los pacientes en tratamientos con insulina o ADOS hipoglucemiantes (sulfonilureas y meglitinidas)
Hay que seguir fomentando la educación diabetológica grupal ya que el grupo es el contexto idóneo para favorecer el aprendizaje, por la interacción entre los participantes, y facilita el apoyo y ayuda mutua para la toma de decisiones y mantenimiento de los estilos de vida saludables. La inclusión de esta educación en un indicador de los Acuerdos de Gestión Clínica de los Centros debe motivar su implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/336 ===== ***

Nº de registro: 0336

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Autores:

CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de situación de inestabilidad, con glucómetros
Control glucémico en consulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacientes DM tipo 1

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia
Suministrar el material de los pacientes DM tipo 1 desde los EAP
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO

Realizar protocolo del Sector
Suministro del material en la consulta de AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias
Evaluar resultados

INDICADORES

Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia/ N° de pacientes con DM tipo 1 (en %) 90%
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina (en %) Mejorar en un 20% el valor inicial
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

DURACIÓN

Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ALEGRE MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro ESAD HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA PEREZ OLGA
AGUDO RODRIGO MARTA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La atención paliativa es un conjunto de acciones dirigidas a personas con enfermedad crónica avanzada o en situación de fase final de la vida, y a sus familias priorizando la actitud de alivio y confort como respuesta a sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Esta atención holística la puede realizar cualquier profesional responsable del paciente en la trayectoria de su enfermedad:

Equipos de Atención Primaria (AP).
Equipos de Atención Especializada (AE).
Equipos de Residencias de mayores.
Equipos específicos de Cuidados Paliativos (ESAD). Estos asumirán la atención directa en situaciones de alta complejidad, o la prestación de soporte al resto de profesionales .

Pero sabemos que llegado este proceso de final de vida, no sigue una trayectoria lineal sino que va fluctuando. En ocasiones vemos que a los profesionales nos faltan recursos precisando apoyo de otros con mayor práctica avanzada.

Si partimos de que la atención sanitaria debe estar centrada en la persona, deberíamos dar respuesta tanto a las necesidades del paciente como de los equipos. Es época de construir relaciones de unirse, de ponerse en sincronía y de colaborar todos juntos, en un cambio de no competir y cambiar la manera de relacionarse.

El ESAD en la actualidad dispone de una recogida de datos de actividad e indicadores consensuados. Esta se realiza de forma integrada en las actividades del ESAD, existiendo demandas esporádicas por los equipos. La manera de realizar el contacto es vía telefónica, pero no existía ningún registro de esos pacientes atendidos, las llamadas no estaban estructuradas, y no se cuantificaban, pero lo que mas preocupante era que si tenían necesidad de entrar en programa eran difíciles de reconocer por nuestro equipo.

Puesto que el paciente esta sustentado por su EAP, y este en ocasiones necesita (al igual que otros equipos) de herramientas o recomendaciones que apoyen decisiones complejas, el ESAD, se encuentra en disposición de ofrecer y facilitar ese soporte avanzado con variaciones en cuanto a la formalidad de sus actuaciones según niveles de intervención:

Evaluación y recomendaciones. Seguimiento por su EAP u otros y profesionales de ESAD.
Evaluación y seguimiento compartido con intervenciones intermitentes del ESAD, y a demanda del equipo.
Evaluación y seguimiento por ESAD, siendo el máximo responsable en la toma de decisiones consensuadas con su equipo asistencial.
Asesoramiento directo o telefónico (pacientes incluidos en programa)
Asesoramiento telefónico bien directo o mediante mensaje de audio, o teléfonos móviles solo para profesionales (pacientes no incluidos en programa).

Dos fines esenciales por las que nace este proyecto:

Por un lado, establecer redes de contacto para servir de enlace y cadena de coordinacion consolidada a los equipos, pudiendo identificar de esta manera, que hay una persona en proceso de enfermedad avanzad o final de vida.
Y por otro, conseguir aliviar el sufrimiento de las personas y las familias que decidan permanecer en domicilio.

La población diana susceptible de ser atendida vía telefónica por el ESAD será:

Aquellos pacientes con una enfermedad en proceso de final de vida, independientemente de la patología que la origine, con un pronóstico de vida limitado (habitualmente inferior a 6 meses) y sus familias, que presenten un patrón de alta necesidad.

Serán por tanto susceptibles de atención :

Pacientes con enfermedad documentada oncológica progresiva, avanzada e incurable, con múltiples síntomas intensos, continuos y cambiantes y escasa o nula respuesta al tratamiento específico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Pacientes en proceso de final de vida por enfermedad crónica avanzada no oncológica, con limitación funcional severa no reversible, con síntomas intensos, complejos y cambiantes.

Dos niveles de complejidad:

Paciente no complejo: persona con estabilidad clínica, con opción de tratamiento paliativo para el control sintomático, alivio del dolor y el sufrimiento, bajo el cuidado de su equipo.

Paciente complejo: estado y situación inestable, con escasa respuesta a la terapéutica habitual, que padece con frecuencia crisis de gran sufrimiento, que requieren para su resolución de la combinación simultánea de recursos especializados, como ESAD. También consideramos que sería una situación compleja la "claudicación familiar" o no disponer de cuidador principal, haciendo el ESAD de nexo de unión con servicios sociales.

Fase Inicial: Febrero 2019

Acciones que se dirigieron a la comunicación, a la reunión de conocimientos y a la elaboración de protocolos consensuados. (ESAD)

Periodo del proyecto : Abril 2019/Febrero 2020

Constitución del grupo de trabajo y redacción del proyecto " Identificación del apoyo proporcionado por el ESAD al EAP u otros para pacientes con necesidades de atención paliativa, sin intervención asistencial presencial".

Elaboración de un protocolo consensuado de recogida de datos.

Elaboración de una entrevista para la valoración, y repercusión del proyecto.

Presentación del protocolo, difusión y puesta en marcha por los responsables del ESAD.

Reunión específica para consensuar quien prestara la atención telefónica y seleccionar que profesional la realizara (medico/enfermera).

Fase intermedia: Abril 2019

Etapa de mantenimiento y difusión.

Elaboración de protocolo de recogida de datos.

Elaboración de encuesta de satisfacción para profesionales.

Maduración de los objetivos.

Definición de funciones que tendría cada profesional dentro del equipo a la hora de recibir la llamada telefónica.

Desarrollar las actividades asistenciales, coordinación, y recogida de datos.

Selección del profesional que proporcionará el soporte a EAP y que actuará de expansor del proyecto.

Definición de criterios de evaluación periódica.

Captación de profesionales de EAP u otros con disposición para realizar una buena atención paliativa.

Las actividades del proyecto consisten en:

Recoger las llamadas telefónicas de manera aleatoria por cualquier profesional que se encuentre disponible en el ESAD. En cuanto a la recomendación la realizará un profesional u otro dependiendo de sus competencias.

Funciones del ESAD:

Realizar un plan de cuidados teniendo en cuenta las dimensiones físicas, psicoemocionales, sociofamiliares y espirituales de los pacientes y sus familias.

Valorar el impacto emocional de los síntomas físicos y del proceso global de la enfermedad.

Comprender los recursos existentes para la derivación de pacientes de alta complejidad.

Conocer el manejo y afrontamiento de los procesos de duelo.

Tener en cuenta los aspectos éticos en la toma de decisiones clínicas al final de la vida.

Desarrollar habilidades interpersonales y de comunicación que faciliten las relaciones con el equipo asistencial y que permita una atención centrada en los deseos, valores y necesidades.

Intervención asistencial directa a enfermos complejos y atención al control de síntomas y deterioro del estado general o fase de situación de últimos días.

Apoio en la realización de determinadas técnicas y aproximación adecuada al caso.

Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.

Soporte y apoyo a otros profesionales.

El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares encaminadas a la adaptación de su situación, a la prevención de la claudicación.

La participación en programas de formación específica.

El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos.

Desarrollo y participación de sesiones clínicas periódicas y revisión de casos.

Competencias del ESAD.

Competencias funcionales de Gestión y Organización.

Control sintomático.

Comunicación con el paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Competencias Psicoemocionales.
Atención a la familia.
Atención al proceso de duelo.
Competencias en Bioética (aspectos éticos y jurídicos al final de la vida).
Competencia en Necesidades Espirituales.
Soporte para el profesional.
Gestión y Coordinación de recursos sociosanitarios.
Docencia e Investigación.

Horario de atención:

Si los pacientes no están incluidos en programa, no dispondrán de nuestro teléfono, pero en caso de que precisen atención paliativa, serán los equipos quienes contacten con nosotros, ya que lo que pretende el ESAD, es que ninguna persona muera sin atención al final de su vida.
Además estos profesionales dispondrán de nuestros números móviles, para poder localizarnos a cualquier hora dentro de nuestra jornada laboral de manera más rápida y operativa (rango horario de 8h a 17h).

Si la atención es a demanda por parte de pacientes y familias (incluidos en programa), el teléfono fijo se encontrará disponible en horario (8 a 9h y 16 a 17h de lunes a viernes presencial), en este mismo se podrá dejar un mensaje en la centralita si es fuera de jornada, sin que se pierda la oportunidad de la atención a la necesidad.

Objetivos del registro:

Escucha activa sobre su solicitud (ayudar y recomendar algún procedimiento, técnica o cambio de tratamiento, derivación a otros profesionales, etc.).
Aceptación incondicional (para cualquier miembro de los equipos).
Autenticidad (en cuanto a la toma de decisiones).
Mejorar la atención tras la coordinación entre ambos equipos para los pacientes y familias con necesidades paliativas mediante consultas telefónicas.
Estimular a los profesionales de los equipos asistenciales, a realizar buenas prácticas clínicas en atención paliativa desde el inicio del diagnóstico de una enfermedad no curativa.
Mejorar la organización de la atención paliativa en el Sector de Teruel, describiendo el proceso asistencial, los dispositivos y los modelos organizativos para el cuidado a los pacientes en esta etapa de la vida.
Dar a conocer la historia del paciente a nuestro equipo, en el supuesto de precisar un posible ingreso en programa.
Evitar el sufrimiento como prioridad de ambos soportes.
Detección de nuevos pacientes susceptibles de ser incluidos.
Definir y favorecer estrategias de formación.

Material:

Al inicio de la planificación del proyecto, se estableció que todos los pacientes incluidos en él, se les daría un registro de entrada para llevar un seguimiento numérico y así poder identificar, que pertenece al proyecto de personas con necesidades paliativas valoradas por ESAD vía telefónica.
Para tener un soporte en papel y poder realizar la evaluación, indicadores y seguimiento clínico, se utilizó un protocolo de elaboración propia, con el fin de homogeneizar la información de la actividad.

Se realizó una hoja de registro en Word donde se anotarán:

Fecha de llamada.
Nombre del paciente.
Domicilio.
Medico responsable.
Enfermera responsable.
Otros profesionales
Institucion.(AP, Hospital, Residencias, etc.)
Motivo que precisa la necesidad de la llamada.
Recomendación ESAD.
Necesidad de valoración presencial por la complejidad del síntoma o técnica a realizar.
Inclusión en programa (sí/no)

Se elaboro una encuesta de satisfaccion propia cuyo nombre lleva " Encuesta de satisfacción de los EAP, tras la atención telefónica/virtual recibida por parte del ESAD en el Sector de Teruel".

Consta :

Fecha.
Nombre del profesional atendido
Profesional que recomienda.
Institucion.

Se cuantifican 5 preguntas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Ha podido localizar al ESAD, en el momento que preciso la recomendación.
Considera que la atención multidisciplinaria entre ambos equipos (EAP/ Otros y ESAD) será beneficiosa tanto para el paciente como para su familia.
Considera que la atención recibida por parte del ESAD, se ha ajustado al síntoma o necesidades que precisaba.
Se ha evitado ingreso hospitalario.
Ha sido necesario ingreso en programa del ESAD.

Los datos de la entrevista se cuantificarán mediante una escala Likert, con 4 potenciales respuestas (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo).
La obtención de los datos ha sido llevada a cabo por los profesionales del ESAD.

Fase avanzada: Enero 2020

Reestructuración del proyecto en base a las necesidades detectadas, la maduración y evolución.
Consolidación, y desarrollo del proyecto en cuanto a su vertiente docente.
Evaluación periódica, sistemática y continuada.
Reevaluación de la hoja de recogida de datos, que fue ampliada con dos nuevos items: quien realiza la recomendación y cuál es el síntoma valorado.

Conforme avanzaba el proyecto y se recogían las llamadas, se observaron en la fase avanzada, algunas deficiencias en el protocolo:

En cuanto a la recogida de datos se completó el documento con 2 items más:

Profesión de la persona que atiende la llamada.

Síntoma, procedimiento o técnica que se recomendó.

También que no solo los EAP, solicitaban alguna recomendación sino que también otros equipos asistenciales.

En cuanto a la extensión del proyecto: este nació para dar soporte telefónico a los EAP, pero observamos que otros equipos de la red asistencial también demandaban este servicio por tanto se consensuó ampliarlo. Si solamente se hubiesen atendido las llamadas de los EAP (9 en total), los pacientes que no se encontraran en este sistema hubiesen sido desatendidos (9), o sea un 50%, con lo que el principio de justicia y equidad quedaría marginado. Todos estos datos obtenidos nos daría una idea más real, de los signos y necesidades que preocupan a las personas en su enfermedad y nos ayudaría a reevaluar que tipo de formación deberíamos incluir para impartirla por los equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La complejidad del sufrimiento que vive el paciente y la familia requiere para su disminución la intervención de todos los equipos implicados en su proceso de enfermedad. El adecuado funcionamiento se basa en una buena coordinación entre profesionales.

Durante el año 2019 (desde 1 de Abril, hasta 31 de Diciembre).

Datos cuantitativos:

Número de consultas telefónicas recibidas de los equipos. (11)

Número de valorados telefónicamente que han precisado visita presencial o inclusión en programa del ESAD (5)

Número de pacientes atendidos telefónicamente que no ingresan tras valoración del ESAD. (6)

Número de encuestas recogidas debidamente cumplimentadas por los profesionales que han solicitado la colaboración. (11)

Nivel de satisfacción por parte de los equipos asistenciales tras la valoración de la atención telefónica. Muy de acuerdo (10), de acuerdo (1).

Datos cualitativos que nos parecen imprescindibles de reseñar:

Profesional que realiza la recomendación. Médico (7) / Enfermera (4)

Síntoma que precisó asesoramiento: Dolor (3), estreñimiento (1), cura úlcera tumoral (1), cura UPP (1), disfagia (1), agitación (1), fiebre (1), situación de últimos días (1), valoración clínica con analítica (1).

A modo de observación:

Los servicios que precisaron asistencia telefónica fueron: (6) pacientes de AP, Geriatria (1), Residencia Javalambre (2), Hospital San Juan de Dios (1), Residencia San Hermenegildo (1).

Durante el año 2020 (del 1 al 30 de Enero)

Datos cuantitativos:

Número de consultas telefónicas recibidas de los equipos asistenciales. (7)

Número de valorados telefónicamente que han precisado visita presencial o inclusión en programa del ESAD. (3)

Número de pacientes atendidos telefónicamente que no ingresan tras valoración del ESAD. (4)

Número de encuestas recogidas debidamente cumplimentadas por los profesionales que han solicitado la colaboración. (7)

Nivel de satisfacción por parte de los equipos tras la valoración de la atención telefónica. Muy de acuerdo (7).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Datos cualitativos:

Profesional que realiza la recomendación. Medicina (4)/Enfermería (3)
Que síntoma preciso asesoramiento. Dolor (4), deterioro del estado general(1), petición familiar(1), situación de últimos días(1).

Observación:

Los servicios atendidos fueron: Oncología(2), AP(2), Residencia Javalambre (2), Residencia Paules (1).
De los 146 pacientes incluidos en programa 8 fueron captados por esta vía telefónica.
El síntoma que más preocupó al paciente y por ende a la persona que le atiende fue el dolor.
Estos resultados se consideran indicadores de una óptima calidad básica de vida para:
Las personas en domicilio afectadas por una enfermedad incurable, pero sí cuidable, atendidas por sus equipos o por ESAD.
Disponer de cuidador principal y evitar ingresos innecesarios, tras el asesoramiento.
Facilitar la transversalidad y coordinación entre niveles asistenciales y ESAD.
Incrementar el horario de llamadas.
Adaptación conjunta de criterios de inclusión/exclusión y flujos operativos para adecuar la experiencia a la realidad de cada necesidad.
Óptima captación de pacientes susceptibles de beneficiarse, por su condición de pluripatológicos, crónicos con enfermedad avanzada y procesos de final de vida, de la intervención coordinada desde los distintos ámbitos abordados desde una fase más precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proceso asistencial por el que pasa un paciente con enfermedad avanzada y sus familiares presenta diferentes obstáculos. El circuito clínico comprende multitud de profesionales, tratamientos y situaciones de gravedad que precisan de un correcto engranaje.

Se considera básico empoderar a los profesionales ampliando la red de atención para que la actitud paliativa siga creciendo en todos los sistemas asistenciales.

Es fundamental para seguir avanzando en la mejora de la actividad asistencial, formarse no sólo en conocimientos actualizados, sino también en habilidades y actitudes personales de integración en el contacto continuo con el sufrimiento y la muerte.

No obstante, y probablemente motivado por el cambio de enfoque asistencial que significa la incorporación de este proyecto de calidad, se ha podido constatar la necesidad de mantener una mayor información del contenido asistencial y de coordinación EAP, Hospital, Residencias y ESAD, como una conexión muy potente.

Desde una perspectiva cualitativa, se identifican una serie de "puntos fuertes", o de mejora de la calidad, se podría dar forma a través de circuitos que podrían desarrollarse en OMI, para el beneficio tanto del profesional como para las personas y familias, independientemente de donde se encuentren o sean captadas y que precisen soporte telefónico.

Como recomendación podríamos añadir que se percibió una tardanza a la hora de recibir la llamada telefónica a ESAD, ya que una vez acordada la visita con su médico de AP, habían fallecido en el año 2019 (1) paciente, y en año 2020 (2). Todos los profesionales implicados debemos de realizar una introspección de lo que conlleva este terrible dato, con el fin de conseguir mejorar la atención al final de la vida.
Queda pendiente la difusión para dar a conocer el proyecto a los 16 EAP, Hospital Obispo Polanco, Hospital San Jose, Residencia Javalambre y Residencias del IASS, por imposibilidad de realizarla, a falta de profesionales trabajando en el ESAD en los periodos que se planteó.

7. OBSERVACIONES.

Identificar este tipo de intervenciones son estrategias eficientes a muy corto plazo por la inmediatez de la consulta.
A más largo plazo y tras la difusión del proyecto en los distintos niveles asistenciales, se espera un aumento de pacientes valorados.
Los resultados obtenidos en el proyecto pueden dar idea del posible impacto de este tipo de actuaciones y considerar positiva la experiencia.
Por último añadir que se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos de los pacientes incluidos en el proyecto, a través del registro, solo accesible a los profesionales del ESAD.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1366 ===== ***

Nº de registro: 1366

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION ASISTENCIAL PRESENCIAL

Autores:
ALEGRE MARTIN ROSA MARIA, AGUDO RODRIGO MARTA, DIAZ DIAZ TANIA, PEREZ GARCIA OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD TERUEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: toda patología subsidiaria de CP
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mejora de la asistencia a los enfermos y sus familias se considera un criterio de calidad y buena práctica de los ESAD. Estos pacientes presentan una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas constantemente por ser cambiantes en el tiempo. El EAP detectará problemas que van a precisar un nivel básico, intermedio o más avanzado de intervención.
El ESAD como equipo específico de cuidados paliativos atiende a personas con alta complejidad en el proceso de su enfermedad. Otra de sus funciones asistenciales es la coordinación y apoyo a los equipos de AP cuando el paciente no está incluido en programa o sólo necesita cuidados básicos.
Se detecta desde el ESAD la importancia de valorar qué necesidades (interconsultas telefónicas y/o correo electrónico, soporte de conexión de recursos o apoyo en la toma de decisiones) tiene el EAP cuando se enfrenta al seguimiento del paciente con necesidades paliativas y no precisa asistencia presencial del Equipo de Atención de Soporte Domiciliario.
La optimización de los recursos asistenciales y mejora en la organización de la atención domiciliaria repercute en beneficio del paciente, potenciar la comunicación entre el EAP y el ESAD permite encontrar el mejor recurso disponible en relación a la patología presentada.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es la mejora de la atención tras la coordinación entre ESAD y EAP de pacientes con necesidades paliativas mediante consultas telefónicas y/o correo electrónico.
Otros objetivos serían :
- Estimular a los profesionales de AP a realizar buenas prácticas en cuidados paliativos desde el inicio del diagnóstico de una enfermedad no curativa.
- Dar a conocer la historia del paciente a nuestro equipo si precisara un posible ingreso en programa en un futuro para la mejora de su asistencia.
- El paciente se podría beneficiar del ESAD desde estadios iniciales porque tendrá realizada una evaluación y registro inicial.
- La población atendida serán los pacientes que precisen atención paliativa, independientemente del nivel de intervención básico, intermedio o avanzado.
- Se estrecharán las relaciones entre los equipos de ESAD-EAP ambos implicados en el seguimiento domiciliario del paciente paliativo .

MÉTODO
- Registro de llamadas e interconsultas virtuales emitidas por el EAP y recibidas por parte del ESAD, mediante la elaboración de un protocolo diseñado a este fin.
- Recomendar tratamientos de prácticas avanzadas tanto de enfermería como de medicina.
- Promoción del contacto telefónico/electrónico entre profesionales de los equipos .
- Esta iniciativa se dará a conocer en sesiones clínicas formativas que el ESAD impartirá en los centros de salud del sector, residencias geriátricas y hospitales (HOP, HSJ, HSJD).
- Se elaborará una encuesta de satisfacción para los profesionales atendidos del EAP por el ESAD.
- El ESAD registrará el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico.

INDICADORES
-Número de consultas telefónicas recibidas del EAP
-Número de consultas virtuales recibidas del EAP
-Número pacientes valorados telefónicamente y correo electrónico que precisan visita presencial e ingreso en programa del ESAD.
-Número de pacientes atendidos telefónicamente y/o correo electrónico que no ingresan tras valoración del ESAD.
-Número de encuestas recogidas debidamente cumplimentadas por los EAP, que han solicitado la colaboración.
- Nivel de satisfacción por parte del EAP, tras la valoración de la atención telefónica, utilizando la escala likert.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

- Reunión del grupo de trabajo para elaborar el proyecto: abril 2019
- Reuniones de trabajo y reparto de tareas: primera semana de abril
- Elaboración de documentos: abril y mayo 2019
- Charlas informativas: desde mayo 2019 hasta febrero 2020
- Análisis de resultados: febrero 2020
- Conclusiones: marzo 2020
- Fecha inicio del proyecto: abril 2019 y finalización en marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0682

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CONCEPCION LATAPIA LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON SALVATIERRA MARIA JESUS
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
LLORENTE ALASTRUEY MARTA
CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA
ESCAR ARGUIS CESAR
JUAN OLIVAN MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se hizo una revisión bibliográfica para la realización del protocolo acorde a las necesidades actuales, apoyándonos como partida en lo editado por el SEPB (2018) "Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva", así como en los últimos datos aportados por los fabricantes de los dispositivos y fármacos. Posteriormente, nos reunimos para poner en común los datos encontrados referentes al TEC.

- Se elaboró el protocolo y fue revisado por representantes de cada categoría profesional que participa en la realización de dicha técnica, de los servicios de psiquiatría y CMA, cada uno la parte que le correspondía.

- A continuación, se difundió a todo el personal de psiquiatría y de CMA y se puso en práctica el registro de los cuidados antes y después de llevar a cabo la técnica con objeto de valorar la efectividad de los cuidados para la correcta realización, tal como indicaba el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

1.
Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo actualizado del TEC en UCE desde septiembre a diciembre 2019
Nº total de pacientes ingresados en UCE a los que se le realiza TEC desde septiembre a diciembre 2019
Estándar 95%

2.

Elaboración de la actualización del protocolo de TEC en septiembre 2019

3.

Difusión de la actualización del protocolo de TEC

La elaboración del protocolo se realizó dentro de la fecha prevista.

La difusión se realizó en la UCE y en el CMA. Obteniendo como resultados:

- El 98% del personal que participa en la preparación y realización del TEC conoce y cumple el seguimiento del protocolo.

- El 97% de los pacientes a los que se les realiza la técnica reciben los cuidados adecuados antes y después del tratamiento.

Se ha hecho el seguimiento de 4 meses de evolución, con un total de 68 TEC realizados a 12 pacientes; de estos, 48 sesiones se realizaron a 8 pacientes ingresados en UCE y 20 sesiones a 6 pacientes ambulatorios, de estos últimos a 2 se les inició el TEC estando ingresados y al alta se continuó ambulatoriamente.

A estos pacientes se les ha realizado los cuidados necesarios y ha sido un 97% efectivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El TEC es una prueba muy beneficiosa en los pacientes a los que se les practica este tratamiento. Su mejoría suele ser más rápida que recibir solo tratamiento farmacológico, les disminuye el sufrimiento padecido por su enfermedad y el riesgo de efectos secundarios también es menor. Debido a la importancia de esta técnica, vemos muy recomendable que todo el personal conozca y ponga en práctica el protocolo elaborado; así se evitarán posibles efectos secundarios o retraso en el inicio de la técnica o suspensión de alguna sesión por no estar adecuadamente preparado el paciente.

Al conocer todo el personal que realiza esta técnica el protocolo, vemos que no ha surgido ningún imprevisto por el cual el paciente no haya podido ser tratado, disminuyendo los retrasos que se pudieran haber producido por la insuficiente preparación del paciente.

Observada la mejoría con este nuevo protocolo nos planteamos el hacer una difusión para las personas que participen en esta preparación en pacientes ambulatorios ya que el porcentaje de sesiones realizadas en estos 4 meses ambulatoriamente ha sido el 29,41%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0682

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA

Una vez valorado el adecuado funcionamiento de dicho protocolo, nos plantearíamos como posible actividad de mejora, el confeccionar un tríptico u hoja informativa, en el que se informara como es la ejecución del TEC, cuando esta indicado y los objetivos, metodología y cuidados a realizar al paciente antes y después de la sesión, en el ámbito familiar u otros dispositivos socio-sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/682 ===== ***

Nº de registro: 0682

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA

Autores:
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, GASCON SALVATIERRA MARIA JESUS, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, LLORENTE ALASTRUEY MARTA, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, ESCAR ARGUIS CESAR, ACIN LASAUCA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace casi 20 años la terapia electroconvulsiva se aplica en la unidad de agudos a pacientes de diferentes patologías psiquiátricas con el objetivo de conseguir una mejoría clínica del paciente que con otro tratamiento no resulta eficaz.
La incorporación de programas informáticos como el Gacela ha producido cambios en la forma de registro y en el seguimiento de la actividad. También la incorporación de personal nuevo que rota en la unidad nos hace plantearnos un seguimiento tanto en la actuación como en el registro de la actividad.
Desde hace dos años, dada la demanda de pacientes derivados por el psiquiatra a este procedimiento, surge la necesidad de plantearnos la realización de la actividad de forma ambulatoria a través de la CMA y así reducir los ingresos. Los pacientes son atendidos por personal que no trabaja en la unidad y realizamos una coordinación con el servicio para informar y registrar los pacientes derivados de forma ambulatoria una vez que han sido dados de alta.
Por todo ello surge la necesidad de actualizar el protocolo para garantizar el sistema de registro de antes y después de la técnica, además del buen funcionamiento del protocolo en ambos servicios garantizando la eficacia y la seguridad en el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Garantizar la seguridad del usuario que recibe el procedimiento.
Objetivos secundarios:
-Revisar y actualizar el protocolo de TEC
-Difundir el protocolo al personal de enfermería de la unidad de agudos y el servicio de CMA.
-Establecer un sistema de registro unificado para ambos servicios.

MÉTODO
-Revisión bibliográfica para la realización de un nuevo protocolo acorde a las necesidades actuales.
-Difundir la información al personal de la unidad y CMA a través de reuniones.
-Elaboración de dicho protocolo.
-Registro de los cuidados antes del procedimiento y después de la técnica
-Seguimiento y evaluación del registro.

INDICADORES
- Elaboración del documento. SI/NO
-% pacientes a los que se les realiza el TEC que se les aplica el protocolo con el registro actualizado / % pacientes que se les realiza el procedimiento TEC. Estándar 95%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0682

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA

DURACIÓN

Marzo 2019: Revisión bibliográfica
Abril-mayo 2019: Difusión de la información al personal de la unidad y CMA.
Junio- septiembre : Elaboración de dicho protocolo.
Octubre a diciembre 2019: Seguimiento y evaluación del registro de cuidados antes de la realización de la técnica y después del procedimiento

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 - 2016/0622

1. TÍTULO

PROCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE BELEN ARTERO GUILLEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO OREA SAGRARIO
GARCIA PARDOS ANA
RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA
JUNCOSA ASIN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha cumplido con el calendario marcado y los recursos empleados fue un equipo de 5 profesionales y material sobre todo informático para el diseño y desarrollo de la memoria.
Elaboración de un procedimiento común y estructurado a seguir ante la fuga de un paciente (9 reuniones de equipo)
Elaboración de hojas de registro y comunicación de la fuga completas y uniformes (8 reuniones de equipo)
Propuestas de mejora (2 reuniones de equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados:

Se han creado:

Documento actualizado del Protocolo de fuga del CRP Santo Cristo de los Milagros
Hojas de registro y comunicación de la fuga actualizadas, completas y uniformes

Indicadores:

La fuente de obtención de los indicadores detallados a continuación serán las nuevas hojas de registro diseñadas para tal fin.

-Nº de fugas reincidentes / Nº de fugas totales x 100

-Cumplimentación de la hoja de registro de fuga

-Nº fugas registradas según protocolo/ Nº fugas totales x 100

Desde el año 2015 al 2017, un total de tres años, en el total de las tres unidades (Psicogeriatría, Larga Estancia y Media estancia) el registro de fugas registradas según protocolo son 30 de las cuales 20 han sido fugas reincidentes, lo que significa un 66.66% de reincidencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos propuestos fueron:

-Establecer un marco de actuación común ante un caso de fuga adecuándolo a la normativa legal establecida

-Disminuir el tiempo de actuación ante una fuga y mejorar la efectividad y eficiencia de las intervenciones necesarias a implantar

-Llevar a cabo un registro de fuga completo y uniforme que recoja la información necesaria cuando se detecte la fuga de un paciente y posibilite así una evaluación periódica de los indicadores propuestos

Conclusiones y propuestas de futuro:

La fuga de un paciente del centro es un incidente grave de seguridad por lo que es susceptible de ser comunicado de una forma estructurada y uniforme para una mayor coordinación y eficacia en la intervención y registrado para poder identificar fallos y poder establecer planes de mejora.

Además de una rápida y coordinada intervención ante la fuga de un paciente se ve necesario y fundamental una adecuada prevención para minimizar riesgos e intentar disminuir los casos de fugas, para lo que se proponen mejoras futuras descritas a continuación en el siguiente párrafo

Se recomienda la inclusión futura a este protocolo de una valoración individualizada del riesgo de fuga estableciendo una clasificación de niveles de vigilancia e indicaciones específicas del manejo del riesgo dentro de los Planes Individuales de Atención al paciente.

Este nivel de riesgo y vigilancia no es estático, varía a lo largo del tiempo, según el estado del paciente, por lo que será necesario una revisión continua para que sea acorde a las circunstancias presentes.

Esta propuesta se hace con el objetivo de mejorar la prevención de la fuga unificando criterios y tomando decisiones compartidas y prudentes, sin centrarse solamente en el procedimiento a seguir cuando ocurre ésta. Para una mejor evaluación del protocolo y siguiendo los indicadores ya descritos, de aquí en adelante se registrarán tanto el total de fugas reales como las registradas

7. OBSERVACIONES.

He enviado a otro lugar previamente esta memoria equivocadamente (apartado acuerdos/contratos 2018)
Disculpen las molestias ocasionadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

*** ===== Resumen del proyecto 2016/622 ===== ***

Nº de registro: 0622

Título
ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE SITUACION DE FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Autores:
ARTERO GUILLÉN BELEN, GARCIA PARDOS ANA MARIA, JUNCOSA AIN CARLOS, MARCO OREA SAGRARIO, RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es frecuente que algunos pacientes hospitalizados en un momento determinado decidan abandonar el hospital o planificar una fuga, especialmente en los casos en que desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados en contra de su voluntad. Debido a la vulnerabilidad del paciente en el contexto de una crisis, las fugas y abandonos son un riesgo para la seguridad del paciente y potencialmente de otras personas. La responsabilidad de los profesionales en cuanto a la custodia de los pacientes en salud mental, se ve en ocasiones en conflicto con el cumplimiento de la normativa vigente que salvaguarda el derecho a la autonomía del paciente (Ley 4/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente). La organización sanitaria deberá procurar una atención que además de respetar la dignidad de la persona y libertad individual, garantice la seguridad de los pacientes a su cargo, por lo que se establece la necesidad de realizar una actualización del procedimiento de actuación en los casos en los que se detecte la fuga de un paciente en nuestra unidad así como la inclusión de una valoración del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un marco de actuación común en caso de fugas y adecuarlos a la normativa legal establecida
- Llevar a cabo un registro de fuga completo y uniforme que proporcione la información necesaria cuando se detecte la fuga de un paciente.
- Incluir una valoración individualizada del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención al paciente

MÉTODO

Se realizarán reuniones del equipo para la elaboración y creación de los registros necesarios para agilizar los trámites en el caso de fuga:

- Hoja de registro de fuga (para comunicar el hecho vía Fax al juzgado, Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil)
- Hoja de comunicación de retorno de fuga
- Establecer criterios de clasificación de niveles de vigilancia
- Valoración del riesgo de fuga según los criterios anteriores

INDICADORES

-Indicadores del procedimiento:

1. Elaboración del procedimiento según calendario previsto.
2. Grado de implantación (porcentaje de fugas durante el primer año de aplicación del procedimiento)

- Indicadores del resultado:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

1. Número de fugas registradas durante 1 año de aplicación. .
2. Complimentación de la hoja de registro de fugas durante este periodo

DURACIÓN

Fecha de inicio: Noviembre 2016
Fecha fin : Junio 2017

CALENDARIO

NOVIEMBRE : Reunión del equipo para programación de tareas
ENERO : Elaboración de un borrador
FEBRERO : Elaboración del procedimiento
MARZO : -Información y difusión entre los profesionales del centro implicados en su aplicación
- Aplicación del procedimiento
MAYO : Primera reunión de Evaluación y seguimiento de la implantación
JUNIO : Reunión de seguimiento y evaluación final

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 - 2016/0884

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA GUERRI LLES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA PARDOS ANA
COLL MATEOS RAQUEL
LAGUNA RODRIGO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas desde el inicio del proyecto han sido:

- 1.- La selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes (realizado en la convocatoria 2015)
 - 2.- El desarrollo de los Diagnósticos seleccionados, con los correspondientes NOC y NIC (realizado en la convocatoria 2015)
 - 3.- La realización en equipo del documento que se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación multidisciplinar (realizado en la convocatoria 2016)
(La parte correspondiente al grupo de trabajo formado por los componentes del equipo (puntos 1, 2 y 3) se finalizó en Mayo 2017)
- No ha sido posible realizar la segunda parte por motivos ajenos al grupo de trabajo. Quedaría pendiente según el organigrama al inicio del proyecto:
- 4.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros"
 - 5.- Evaluación mediante reuniones de equipo trimestrales - Realizadas hasta la realización del documento.
 - 6.- Modificación si es precisa, tras la evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Realizar documento "Plan estandarizado de cuidados de Enfermería" - Realizado
- 2.- Evaluación mediante reuniones de equipo trimestrales - Realizadas hasta la realización del documento.
Pendiente retomar tras implementación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha constatado la necesidad que había de modificar el área de cuidados de enfermería dentro del P.I.R. multidisciplinar usado. Se le ha proporcionado mayor rigor de acuerdo a la taxonomía NANDA, NIC y NOC, quedando algo desvirtuado al tener que adaptarlo y simplificarlo para poder implementarlo.
Dado el trabajo realizado y el convencimiento de la necesidad de mejoría, es nuestro deseo finalizarlo, aunque sea fuera de la convocatoria de Proyectos de mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/884 ===== ***

Nº de registro: 0884

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P.
"SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" (HUESCA)

Autores:
GUERRI LLES YOLANDA, COLL MATEOS RAQUEL, GARCIA PARDOS ANA MARIA, LAGUNA RODRIGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0884

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)

PROBLEMA

El C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" es un Centro de Rehabilitación Psicosocial con un equipo multidisciplinar. Se realiza un Plan Individual de Rehabilitación (P.I.R.) de cada paciente, en el cual hay un Área de Cuidados de Enfermería. Se ha observado la necesidad de adaptar El Plan Estandarizado de Cuidados con nomenclatura NANDA, NIC y NOC al formato del P.I.R. Durante el tiempo de trabajo en la convocatoria previa, se ha constatado la necesidad de mejorar y adaptar el Área de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Elaborar el Plan de Cuidados Estandarizado con los Diagnósticos e Intervenciones más frecuentes en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (ya realizado en la convocatoria 2015)
- 2.- Adaptación al formato P.I.R. multidisciplinar.
- 3.- Implantación del Plan Estandarizado dentro del Área de Enfermería en el P.I.R.
- 4.- Evaluación al año de su implantación.

MÉTODO

- 1.- Se realizó la selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes (realizado en la convocatoria 2015)
- 2.- Se desarrollaron los Diagnósticos seleccionados, con los correspondientes NOC y NIC (realizado en la convocatoria 2015)
- 3.- Se realizará en equipo, el documento de donde se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación individualizándolo (en proceso; por el grupo de trabajo)
- 4.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (Equipo de enfermería)
- 5.- Evaluación a los 6 meses del Plan Estandarizado de Cuidados Enfermería (grupo de trabajo)
- 6.- Modificación si precisa, tras la evaluación (grupo de trabajo)

INDICADORES

- 1.- Número de diagnósticos desarrollados y adaptados al formato P.I.R.
- 2.- Implementación del Área de Cuidados de enfermería en el P.I.R.

DURACIÓN

- 1.- Realizar el documento: Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería. (hasta Febrero 2017)
- 2.- Implantación dentro del P.I.R. multidisciplinar (Marzo-Agosto 2017)
- 3.- Evaluación a los 6 meses (Septiembre 2017)
- 4.- Modificación si es preciso (Octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA BERCERO CONCEPCION
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
CUELLO OLIVAN TERESA
GALINDO LASIERRA VICTOR
HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIONES DE EQUIPO DE MEJORA DONDE SE TRABAJAN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:
-Revisión de las actividades realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos (materiales, humanos)
-Descripción de las actividades a llevar a cabo
-Descripción del protocolo
-Sesiones informativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Reuniones de equipo (grado de cumplimentación)
Numero de reuniones de trabajo realizadas/ Numero de reuniones previstas x 100. 100% (4)
-Documento Protocolo Salidas realizado (si/ No) : Pendiente
-Número de salidas realizadas según protocolo . Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el 31 Diciembre se han elaborado una serie de partes del protocolo como son las formas de actuación y actividades a realizar ante varios tipos de salidas de l centro
Diseño de los registros de salidas
Queda pendiente la elaboración del documento, implementación y difusión del mismo en el centro

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/890 ===== ***

Nº de registro: 0890

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GRACIA BERCERO CONCEPCION, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, GRACIA MONTORI ESTHER, CUELLO OLIVAN TERESA, GALINDO LASIERRA JOSE, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

PROBLEMA

Una de las actividades asistenciales de gran importancia en nuestro medio es el acompañamiento terapéutico del paciente. Por este motivo y por la ubicación de nuestro centro (2,5 km de la ciudad de Huesca) se ha valorado la necesidad de realizar un protocolo en el cual estén definidas las salidas a realizar, medio de transporte a utilizar y personal preciso para las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un protocolo de actuación:
-Estandarización del procedimiento de actuación
-Elaboración de Algoritmo actividades a realizar
-Registro de las salidas realizadas.

MÉTODO

-Revisión de las actuaciones realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos del centro (materiales como humanos)
-Descripción de las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales
-Descripción del protocolo
-Sesión informativa (difusión entre el personal del centro)

INDICADORES

-Reuniones del equipo de mejora
-Documento registro de las salidas cumplimentado correctamente
-Numero de salidas realizadas según protocolo
-Numero de sesiones formativas para el personal

DURACIÓN

Octubre 2016: Revisión bibliográfica de otros protocolos
Noviembre 2016: Reunión inicial del equipo y reparto de tareas
Enero 2017: Elaboración de protocolo (borrador) Revisión por el equipo de trabajo
Marzo 2017: Realizar el documento que refleje el protocolo (Hojas de registro).
Mayo 2017: Sesión informativa en el Centro.
Junio 2017: Implantación del protocolo en el CRP

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: 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 - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Fecha de entrada: 26/02/2018

2. RESPONSABLE SERGIO SARRIA HERREROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ TAUSIA DANIEL
NOGUERAS BRAVO ELISA
ELFAU MAIRAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un "Análisis del uso de fármacos neurolépticos y líneas de mejora". Partiendo de ese conocimiento de la situación, se han identificado áreas de mejora, consensuadas entre los profesionales del equipo de mejora y basadas en el contexto y en la bibliografía.

Se comienzan a implementar, tras una priorización de acuerdo a la factibilidad y al impacto en los pacientes:

1ª Mejorar la información y facilitar accesibilidad

- Registro de pacientes afectados de Trastorno mental grave (TMG)
- Historia clínica informatizada de Salud mental
- Auditoria clínica del uso de neurolepticos

2ª Mejorar las prácticas clínicas

- Formación, implicación y coordinación de los profesionales
- Introducir el consentimiento informado y la decisión compartida con los pacientes
- Disponer de suficientes recursos psicosociales

3ª Supervisar

- Protocolo de seguimiento del tratamiento
- Protocolo de monitorización de efectos secundarios
- Comisión de calidad: evaluación del gasto, uso y seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2017 se eligieron dos de las 9 líneas de mejora identificadas:

1-Diseño e implantación del consentimiento informado

En el diseño del consentimiento se ha realizado un esfuerzo de conciliación entre ofrecer al paciente la información necesaria para que ejerza el derecho que contempla la ley y no crear un estado de alarma o inquietud por la posible incidencia de efectos adversos. Se contempla como una herramienta de información que ayude a establecer un diálogo y una decisión compartida sobre el tratamiento.

Dado que los pacientes que inician tratamiento son los menos, y que la mayoría son pacientes con un uso prolongado en la fecha de presentación del consentimiento, se informa también sobre los riesgos de la discontinuación brusca.

Este consentimiento está abierto a posteriores aportaciones de los profesionales implicados y al debate sobre sus efectos en la práctica clínica diaria. El formato se puede consultar en el anexo I

2-Diseño e implantación del protocolo de seguimiento de tratamiento Se ha diseñado un protocolo de seguimiento de tratamiento que trasciende los aspectos meramente médico-farmacológicos. La complejidad de los TMG y su repercusión en todas las esferas de la vida de los pacientes obliga a poner el énfasis en aspectos psicosociales.

En este seguimiento es fundamental la coordinación entre profesionales. Aunque se ha diseñado una hoja de registro, el formato papel es poco operativo, por lo que para compartir y agilizar información y coordinación estamos a la espera de la informatización de la historia clínica de salud mental y del registro de casos de TMG.

Como vemos pues es difícil poder implementar medidas aisladas y así se señalaba en el documento de referencia, cuando decía que es el conjunto de ellas, con su interdependencia, lo que hará posible una mejora real de la asistencia.

Ya existen en la práctica clínica habitual protocolos de seguimiento sobre aspectos parciales del tratamiento, como se hace con los pacientes que consumen clozapina ante el riesgo de agranulocitosis, o con los consumidores de sales de litio. Estos protocolos están en marcha y estandarizados.

En el protocolo se incluyen una hoja de inclusión en el protocolo con datos de contacto e información básica en el área institucional, de salud y sociolaboral. Se ha elaborado además una ficha de registro anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

donde dejar constancia de la intervenciones que se realizan por los distintos profesionales que intervienen en el seguimiento del caso. Ademas se anotara la cumplimentación del tratamiento, pruebas complementarias y analíticas perceptivas, hospitalizaciones e intervenciones en el área sociolaboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante identificar líneas de mejora y abordarlas de forma proactiva en el ámbito de la salud mental. La presencia de profesionales de salud mental en todos los ámbitos de la atención sanitaria es imprescindible para la continuidad en la atención, pero dificulta la coordinación y la implantación de nuevas acciones.

7. OBSERVACIONES.

Se pretende hacer una implantación progresiva a lo largo de 2018 tanto del consentimiento informado como del protocolo de seguimiento, para lo cual se comenzara por los CSM adscritos al CRP, una vez valorada la plantilla de profesionales actual y su disponibilidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1216 ===== ***

Nº de registro: 1216

Título
LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN EL CENTRO DE GASTO DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SARRIA HERREROS SERGIO, PEREZ TAUSIA DANIEL, NOGUERAS BRAVO ELISA, ELFAU MAIRAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los neurolepticos son fármacos cuyo objetivo es bloquear de los receptores D2 postsinápticos. La acción de los neurolepticos ni es selectiva a nivel local, ya que afecta al conjunto del sistema dopaminérgico, ni es exclusivo a nivel receptorial ya que afecta a muchos otros receptores además de los dopaminérgicos.

Estamos ante unos fármacos que no ofrecen un ttº etiológico sino sintomático, que fueron inicialmente aprobados para su uso en la esquizofrenia y con usos actuales mas amplios, muy poco selectivos a nivel receptorial y con un perfil de efectos secundarios y posibles complicaciones relevantes.

En los últimos años hemos asistido a una importante polémica y es difícil evaluar tanto la eficacia como la seguridad de estos fármacos, porque el grueso de las publicaciones ha tenido influencia de la industria farmacéutica. En algunos casos se ha ocultado (no se ha comunicado) resultados desfavorables de estudios patrocinados por multinacionales que posteriormente ha sufrido multas millonarias.

Los efectos secundarios son muy diversos y de potencial gravedad. Existe infinidad de literatura, pero hay dos hechos a resaltar, la alta frecuencia de las alteraciones hormonales y endocrinometabólicas y el debate sobre su efecto en SNC

Se pretende recoger los datos de dispensación de neurolepticos en el ejercicio 2016 correspondiente al centro de gasto del Centro de Rehabilitación Psicosocial CRP Sto Cristo de los Milagros del que dependen tres unidades hospitalarias: UME, ULE y Psicogeriatría y tres USM (Pptuo Socorro, Jaca y Sariñena-Grañen-Almudevar).

Hay que tener en cuenta que tanto la contabilización del gasto como el suministro no dependen de una misma unidad, estando involucrada tanto la farmacia de AP como la farmacia del CSS SGDO Corazón.

No disponemos de los instrumentos necesarios para realizar un análisis cualitativo, ni se ha realizado una revisión manual de un número representativo de historias clínicas para poder ser riguroso, por lo que hay que limitarse a hacer algunos comentarios autocríticos sobre la evidencia, es decir sobre la práctica clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

generalizada, en relación a dos hechos: la polifarmacia y la dosis excesiva.

Una aproximación artesanal a nuestras historias clínicas, al menos las del CSM donde yo trabajo y las de compañeros a las que he podido tener acceso demuestran que esta mala práctica está más extendida de lo que debiera. Los pacientes psicóticos en monoterapia son más la excepción que la regla. Se podría decir que se están prescribiendo con cierta banalidad (10).

Respecto a la prescripción de dosis excesivas es evidente que el aumento del consumo al que me he referido en la justificación se explica en parte porque estamos prescribiendo dosis más altas, además de ampliar el abanico de indicaciones, en ocasiones fuera de ficha técnica. El que en una década se pasara de las 3DHD a las más de 8, junto a la estabilidad de la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis lo ratifican.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este documento es hacer una cuantificación del consumo y el gasto y un análisis cualitativo del uso a la luz de las recomendaciones de la literatura con el fin de establecer líneas de mejora realistas y mensurables que puedan incorporarse a la gestión clínica.

MÉTODO

Una vez realizado el análisis sobre los datos cuantitativos del gasto, se establecen unas líneas de mejora a la luz de los datos aportados y de las recomendaciones de consenso de la literatura. Los documentos consultados acuerdan en la restricción del uso de los neurolepticos, pero en distinta medida

A la racionalización de la prescripción y consecuente disminución del gasto hay que llegar recorriendo un camino. Las medidas simplemente desincentivadoras son de corto alcance.

Para ello son necesarias tres etapas:

1ª Tener más información y que esta sea más asequible

-Registro de pacientes afectos de TMG (en el momento actual se está instaurando dicho registro, siendo Huesca es el primer sector sanitario en el que se instaura)
-Historia clínica informatizada de SM
-Auditoria clínica del uso de neurolepticos

2ª Mejorar las prácticas clínicas

-Formación, implicación y coordinación de los profesionales
-Introducir consentimiento informado y la decisión compartida con los pacientes
-Disponer de suficientes recursos psicosociales

3ª Supervisar

-Protocolo de ttº
-Protocolo de monitorización de efectos secundarios
-Comisión de calidad: evaluación del gasto, uso y seguimiento

INDICADORES

% de pacientes con Consentimiento informado en su historia:

Pacientes en tto con neurolepticos con consentimiento informado / Total de pacientes en tto con neurolepticos (>= 10%)

Existencia protocolo de ttº:

Elaboración y aprobación por Dirección de protocolo de tto con neurolepticos (SI)

% disminución del gasto por neurolepticos:

% de disminución del gasto por neurolepticos en 2017 con respecto al 2016 (>=5%)

DURACIÓN

En el primer trimestre de 2017 se realiza análisis cuantitativo del gasto que sirve como punto de partida

El resto de actividades se realizarán de forma paulatina hasta final del 2018

OBSERVACIONES

La consecución de los objetivos irá ligada en parte a la mejora de la Historia clínica electrónica y a la implicación de otros profesionales

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

*** ===== **

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: 11/03/2019

2. RESPONSABLE LORENA COARASA ALMENARA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como ya detallamos en anteriores memorias, seguimos realizando ejercicios ludopedagógicos supervisados, que son de sencilla comprensión, dinámicos y utilizando el juego e instrumentos de viento como conductor. Los objetivos desde el principio han sido aumentar la permeabilización de la vía aérea, drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilizar la caja torácica y abdominodiafragmática. Se han realizado también ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Continuamos realizando la actividad con los 8 pacientes que se incorporaron al proyecto, acudiendo de forma habitual 6 de ellos.
No ha habido cambios respecto al hábito tabáquico, han mantenido el consumo habitual.
Desde la última memoria presentada, ha habido 1 paciente con reagudización de su EPOC, que ha precisado tratamiento adicional, sin ingreso hospitalario agudo. El resto han permanecido estables.
Tras pasar la encuesta de satisfacción final, los pacientes destacaban lo divertido y ameno de las sesiones, así como el estiramiento de la espalda y caja torácica, lo que repercutía en una disminución del dolor y mejoría en la expulsión de secreciones. Todos han puntuado la actividad como positiva/muy positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el desarrollo de este proyecto, se ha precisado ajustar las sesiones a las características personales de los usuarios, haciéndolas algo más cortas para que mantuvieran la atención y no perdieran el interés (de los 30 minutos iniciales lo acortamos a 20 minutos, durante los cuales la implicación y ejecución eran buenas). Una vez aprendieron los ejercicios aparecieron líderes naturales en el grupo que eran los que iban dirigiendo la actividad y animando al resto de compañeros, haciendo de la terapeuta una mera espectadora, supervisando únicamente la realización correcta de los ejercicios.

7. OBSERVACIONES.

Debido a cambios en la plantilla pasa a ser la responsable del proyecto Dña. Lorena Coarasa Almenara, Enfermera Especialista en Salud Mental.

*** ===== 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
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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

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 número de reagudizaciones y mejorar 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 número 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 - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CERECEDA SATUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA FERNANDEZ RAUL
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
CABELLUD LASIERRA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Recogida de datos de pacientes susceptibles de ser incluidos en el protocolo en el plazo estimado.
- Realización de protocolo para monitorización de factores de riesgo cardiovascular en pacientes afectados de Trastorno Mental Grave (TMG) en el plazo estimado en base a revisión de guías clínicas y documentos de consenso de expertos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Obtener un registro de pacientes con TMG en el área objeto del proyecto con el fin de mejorar el control y disminuir el riesgo de abandono de seguimiento de estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha obtenido un registro de pacientes con TMG en el área dependiente de los Centros de Salud de Grañén, Sariñena y Almudevar.
Por cambios laborales y de destino entre el personal implicado en el equipo de mejora se han producido retrasos en el cronograma previsto.
Dado que es una actividad que se inició con el objetivo de que se mantenga en el tiempo de forma indefinida no se considera motivo para paralizar el proyecto.
Se considera relevante su continuidad debido a la importancia de del control de factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes afectados de TMG y como medida facilitadora de coordinación de todo el personal sanitario implicado en los casos en un área caracterizada por su dispersión geográfica.
En cualquier caso, se considera un área de mejora la coordinación entre profesionales cuando se producen cambios laborales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1322 ===== ***

Nº de registro: 1322

Título
PROTOCOLO PARA LA MOTORIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Autores:
CERECEDA SATUE MARIA PILAR, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GRACIA ASCASO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Diversos estudios muestran que los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tienen una morbimortalidad más elevada que la población general. Dentro de las principales causas se encuentran las enfermedades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

cardiovasculares (HTA, IAM, ACV) y las enfermedades nutricionales y metabólicas. De hecho, los pacientes con TMG, principalmente con Esquizofrenia, presentan un porcentaje más elevado de factores de riesgo cardiovascular que la población general, siendo por tanto importante su detección. La dispersión geográfica del área objeto de intervención, así como el de sus profesionales, dificulta una adecuada monitorización de los factores de riesgo cardiovascular de este tipo de pacientes, que en muchas ocasiones acuden con menor frecuencia a su Médico de Atención Primaria y a los programas de prevención propios de éste nivel. De esta forma, se pretende mejorar la coordinación entre el personal de enfermería y el FEA de Psiquiatría, así como una monitorización de los factores de riesgo cardiovascular. Pese a no existir un consenso, a efectos de este proyecto entenderemos por TMG aquellos pacientes principalmente con diagnósticos incluidos dentro del espectro psicótico, con una duración de la enfermedad de al menos dos años y deterioro funcional.

RESULTADOS ESPERADOS

Atención al Trastorno Mental Grave mediante la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes y su derivación a especialista de MFyC en caso de que sea necesario. Se pretende también establecer posteriormente medidas encaminadas a su control y prevenir enfermedades derivadas de los mismos.

MÉTODO

- Se realizara una sesión clínica con el personal de enfermería donde se informará de las recomendaciones a seguir para la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular. En este primer estadio se establecerán los cuidados necesarios en varios grupos: TMG en tratamiento con fármacos depot, TMG en tratamiento con clozapina, resto de pacientes con diagnóstico de TMG. De cara a establecer las frecuencias del seguimiento se seguirán las recomendaciones aportadas por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
- Desde la consulta de Salud Mental se derivarán los pacientes con diagnóstico de TMG a la consulta de Enfermería de Atención Primaria de referencia.
- Una vez remitido se realizarán las siguientes determinaciones, cuya periodicidad dependerá del riesgo previo del paciente así como del tratamiento psicofarmacológico instaurado:
 - Medidas antropométricas: peso, talla, IMC
 - Analítica general: colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, glucemia,
 - hemograma, prolactina en caso de recibir tratamiento con neurolépticos.
 - Constantes: TA, FC
 - ECG
 - Antecedentes consumo de tabaco.
 - Los datos serán incluidos en el programa informático

OMI

- Al paciente se le proporcionará una cita para revisión y en su defecto se generará un flash en el programa informático con la siguiente visita.

INDICADORES

- Número de pacientes con medidas antropométricas registradas /Número de pacientes con TMG
 - Número de pacientes con registro de constantes en los últimos seis meses/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
 - Número de pacientes con analítica en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
 - Número de pacientes con ECG realizado en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
- Los estándares se establecerán en un 70% y para ello se evaluarán los datos registrados en el último año. Seguimiento: se realizará una reunión anual con los profesionales implicados con objetivo motivacional, evaluación conjunta de resultados, propuestas de áreas de mejora, recuerdo de protocolo instaurado así como darlo a conocer entre el personal de reciente incorporación.

DURACIÓN

- Enero-Junio 17: recogida de datos de pacientes susceptibles de ser incluidos en el protocolo.
- Junio-Septiembre 17: realización de protocolo siguiendo las recomendaciones citadas y realización de sesiones clínicas dirigidas principalmente a personal de enfermería.
- Septiembre- Diciembre 17: derivación de pacientes.
- Al ser una actividad continuada no tiene fecha de finalización.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1721

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION GRACIA BERCERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIARGE RUIZ ARTURO
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
GUERRI LLES YOLANDA
BAENA JIMENES NIEVES
ROBLES VALERO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones de Enfermería para explicar el programa y la sistemática de trabajo.
-Se establece el horario de desarrollo de la actividad en horario de la Unidad (Martes Tarde)
-Diseño de registros: se han empleado los registros de actividad diseñados para ello,registro específico de la consulta donde se especifican temas tratados, registro numérico de las mismas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se cumplimentará registro específico a todos los pacientes a los que se les realiza la consulta.
Registro de actividad: Número de pacientes a los que se realiza consulta y se refleja en registro/ Numero de pacientes a los que se realiza la consulta x 100 (100%)
- La consulta se realizará mínimo cada dos meses a cada paciente ingresado.
Número de pacientes a los que se realiza la consulta (bimensual) / Número de pacientes ingresados en la Unidad x 100
Se realizan un total de 65 consultas.
-Reuniones de Enfermería trimestrales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad ya está consolidada en la dinámica de trabajo de la Unidad.Los temas a tratar están protocolizados en un programa de trabajo (siempre abierto a nuevas aportaciones para incluirlas en el mismo)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1721 ===== ***

Nº de registro: 1721

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA EN UNA UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

Autores:
GRACIA BERCERO CONCEPCION, BIARGE RUIZ ARTURO, ELBOJ SASO MARTA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GUERRI LLES YOLANDA, BAENA JIMENEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el CRP Santo Cristo de los Milagros desde la Unidad de enfermería trabajamos con la dinámica de trabajo de Enfermera referente,esto implica que cada Enfermera tiene unos pacientes asignados para realizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1721

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

seguimiento de su rehabilitación y continuidad de cuidados desde antes del ingreso hasta el alta del centro. Cada paciente tiene unos objetivos planificados en los PIR y dentro de los PIR se incluye el plan de cuidados de enfermería, la realización de la consulta va a ayudar a crear una dinámica de trabajo donde la enfermera tiene un espacio para dedicar a intervención individual con cada paciente y hacer el seguimiento del plan que tiene que ver con los cuidados de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

objetivos:

- La enfermera referent de cada paciente realizará la consulta mensual con sus tutorizados.
- Fomentar hábitos saludables durante el ingreso y asegurar la continuidad de cuidado
- Seguimiento de los objetivos y actividades pactados con el paciente y planificados en el PIR

MÉTODO

INDICADORES

- Registro de la actividad: Número de pacientes a los que se realiza la consulta/numero de pacientes a los que se realiza la consulta y se refleja en el registro diseñado para ello
- Numero de pacientes ingresados/numero de pacientes a los que se les realiza la consulta bimensual (minimo).
- Reunión enfermería trimestral

DURACIÓN

- Reunión de Enfermería inicial (ya realizada) Junio 2017 para asignar pacientes y desarrollar programa de la actividad
- Noviembre 2017 Reunión para valorar actividad
- Diciembre 2017:valoración cuantitativa de la actividad e indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1076

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES BAENA JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
GUERRI LLES YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Realización del diseño del "Programa de Sesiones" semanales
· Realización del Power Point de las sesiones teóricas
· Realización de las "Tarjetas de supuestos prácticos"
· Realización de documento de "Recomendaciones al alta"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· Desarrollo de las sesiones psicoeducativas que conforman el programa: Se ha realizado el desglose de cada una de las 7 sesiones que conforman el Programa (contenido teórico y recursos materiales necesarios: Test, power point y tarjetas con supuestos prácticos)
· Implementación del Programa de Adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME: No se ha podido implementar por el momento por ser un módulo dentro de Psicoeducación y Educación para la Salud del CRP y se están actualmente impartiendo otros módulos. Se prevee llevarlo a cabo en un mes aproximadamente. Los resultados que se pretenden conseguir es concienciar de la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con TMG, que lo incluyan en su vida diaria y lo puedan mantener a lo largo del tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se puede llegar a ninguna conclusión de momento ya que no se ha implementado el programa aún. Desde el equipo de mejora creemos que es un tema que siempre suele estar presente en este centro y se destaca la importancia de su sostenibilidad en el tiempo porque lo consideramos un tema muy relevante con un gran impacto tanto para el usuario, familia, sistema sanitario, etc. Se podrá ir incluyendo nueva información obtenida a lo largo del tiempo para mejorar y actualizar el programa.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente de implementarlo próximamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Autores:
BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES, GUERRI LLES YOLANDA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La OMS define la adherencia a un tratamiento como el seguimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado. Además, incluye acudir a las citas previstas con el personal sanitario, desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1076

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

En el caso de las personas con trastorno mental grave, la falta de adherencia terapéutica se produce con más frecuencia que en otro tipo de enfermedades crónicas. Esto se debe, entre otras cosas, a la falta de conciencia de enfermedad, a los efectos adversos de la medicación, olvidos de la toma, a la falta de alianza terapéutica, etc. Dentro de la rehabilitación de las personas con TMG es imprescindible mejorar y potenciar dicha adherencia, dado que es indispensable para mantener la estabilidad y prevenir recaídas.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se pretenden conseguir con este programa son:

- Mejorar adherencia al tratamiento.
- Prevenir recaídas y descompensación psicopatológica.
- Aumentar conocimientos sobre los psicofármacos, efectos de éstos y signos/síntomas precoces de recaídas.
- Facilitar estrategias para conseguir la preparación y toma autónoma de la medicación.
- Valorar implicación y adherencia en los permisos durante el ingreso en la unidad.

MÉTODO

Desarrollar un programa específico de adherencia al tratamiento, basado en sesiones semanales (martes) de una hora de duración aproximadamente dirigidas por una Enfermera Especialista en Salud Mental y un coterapeuta. Los materiales necesarios serán: pizarra, rotuladores, power point del programa, proyector y pc.

INDICADORES

Desarrollo de las sesiones que conforman el programa.
Implementación del programa de adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME.

DURACIÓN

Inicio : abril 2018
Desarrollo de las sesiones: hasta Octubre 2018
Implementación del programa: a partir de Noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAO MARTIN ADOLFO
ARTERO GUILLEN BELEN
MATA TORNIL ELENA
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIÓN QUINCENAL DEL EQUIPO:

1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes
3. Definir el encuadre

DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL PRIMER CUATRIMESTRE

SALIDAS A LA COMUNIDAD

- Paseo en bus y charla circulación vial en la policía Local.
- Convivencia con Asapme en Salas
- Sala Tanto Monta. Cantorales, museo pedagógico
- Centro Comercial. Practicas de habilidades sociales y gestión de la economía.
- Cine con cena. Película: Campeones
- Salida al centro de gestión de residuos. Grhusa
- Salida al supermercado. Manejo de la economía.

CHARLAS

- Alimentación saludable
- Caminos de Barbastro, ofrecida por Daniel Valles.
- La India y su cultura. Ponente: Manuel Campelo.
- Camina por tu ciudad de una forma segura. Policía Local
- Hábitos en la mesa. Videos de refuerzo.
- La salud mental. videos y puesta en común.
- Documental: Océanos de plástico. Reflexiones sobre la contaminación.
- Tertulia : Cómo celebramos la fiesta de todos los santos.
- El arte de aprender a comer. Cristina Hernandez
- Alérgenos. Riesgos en algunos alimentos.

OCIO DIRIGIDO

EDUCATIVO/SENSORIAL/MOTRICIDAD

- Higiene personal . Hábitos y rutinas.
- Comportamiento Social. refuerzo videos.
- Baile divertido. Pasos de coordinación y ritmo.
- Pirámide de los alimentos. Puesta en común y murales.
- Taller de verduras y hortalizas. Exposición.
- Taller de frutas del mundo. Exposición y degustación.
- Práctica de poner la mesa. Presentación y decoración.
- Taller práctico sobre el Reciclaje. Videos de refuerzo.
- Talleres prácticos con materiales reutilizables.
- Taller práctico. Aromaterapia.
- Taller práctico de cafetería.
- Cartelería.
- Organización jornada del CRP Santo Cristo
- Organizació del mercado medieval con Asapme.
- Limpieza y organización del taller de cocina.
- Taller con frutos de otoño.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido el calendario y planificación prevista
Alto grado de participación de los usuarios: 20-25 usuarios de media
Satisfacción del usuario: alto grado expresado
Atender expectativas de los profesionales: alto grado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros, ha tenido una muy repercusión positiva en sus vidas y en su proceso de recuperación. Pretendemos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

seguir trabajando con ellos, poniendo en valor el conocimiento sobre los hábitos y conductas saludables. Supone un punto de partida para avanzar en el autocuidado y bienestar de los pacientes con salud mental.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1094 ===== ***

Nº de registro: 1094

Título
INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Autores:
PLANO VIDOSA MARIA PILAR, LANA O MARTIN ADOLFO, ARTERO GUILLEN BELEN, MATA TORNIL ELENA, BERNAD BETORE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el CRP Santo Cristo de los Milagros llevamos trabajando durante estos últimos años con nuevas estrategias con el objetivo de despertar la motivación de nuestros usuarios, siempre desde óptica de la recuperación, lo que nos permite rescatar la parte sana de las personas y alejarnos de la enfermedad.

Nuestros usuarios se caracterizan por presentan déficits en el desarrollo de sus capacidades funcionales que afectan a diversos aspectos de su vida. Su conducta se caracteriza por retraimiento social, abandono de responsabilidades y del autocuidado personal e incapacidad laboral.
En la actualidad vemos la oportunidad de complementar dicho proyecto rehabilitador con un módulo educativo en el que se impartirán conocimientos higienico-dietéticos, talleres prácticos y entrenamiento en la comunidad para trabajar:

1. La educación para la salud: como parte inherente a todas las acciones de salud, con la intención de adquirir conocimientos y conductas favorables hacia su salud, modificando aquellas que resulten nocivas.
2. Las habilidades sociales en personas con TMG: aumentando su capacidad de competencia.

RESULTADOS ESPERADOS
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVO GENERAL:
Trabajar la recuperación del paciente con TMG: la salud física y mental impartiendo conocimientos de autocuidado personal. Esto incluye hábitos de alimentación, autocuidado y las habilidades sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Disminución de comportamientos de riesgo como consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas y dieta inadecuada.
Aprendizaje de conocimientos básicos culinarios
Adquisición de conocimientos: Aprender a alimentarnos
Trabajar la resistencia al cambio de hábitos
Trabajar las habilidades sociales: comportamiento social adecuado, normas de convivencia, comportamiento en la mesa.
Adquirir habilidades instrumentales: manejo del dinero, realizar compras de alimentos, gestión de economía doméstica.
Desarrollar habilidades sociales de convivencia: valores de trabajo en equipo, comunicación activa,
Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

METODOLOGÍA

Modelo comportamental-educativo:

Permite la integración de contenidos de información y de habilidades y señala la importancia de que las adquisiciones de las conductas saludables se realicen de forma natural, integradas en el proceso educativo.

Utilizaremos básicamente dos estrategias de intervención:

1. La educación para salud
2. Aprendizaje de habilidades sociales.

INDICADORES

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

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)

Se programarán los módulos teóricos (1 semanal)

Historia de la cocina
Materias primas
Utensilios de cocina
Alimentación saludable
Nutrición
Métodos básicos de cocinado
Reciclaje
Alérgenos, cocina sin gluten
Salud e higiene mental
Cuidado de la salud personal
Economía doméstica

Clases y talleres prácticos: (1 semanal)

Los sentidos: aromaterapia
Taller de cocina
Entrenamientos: Un día de mesa y mantel
Habilidades sociales: normas sociales en la mesa
Presentaciones/decoración mesa
Taller de expresión de los sentidos y las emociones

Entrenamiento en la comunidad:

Colaboraciones con sector hostelería
Talleres con profesionales del mundo de la cocina
Entrenamiento de AVDs instrumentales: compras de alimentos, manejo del dinero, comportamiento social en la comunidad.
Comida de hermandad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Fecha de entrada: 28/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIARGE RUIZ ARTURO
GRACIA BERCCERO CONCEPCION
VAL LOPEZ ROSARIO
SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS
FELIPE LANUZA GENMA
CUELLO OLIVAN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la revisión de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
 - Creación normas de funcionamiento para regular los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
 - Dar a conocer las normas a usuarios y trabajadores
4. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes
5. Adecuación de los espacios:
Fomento de espacios saludables: sin humo dentro del hospital
 - Diseño plan alternativo para pacientes fumadores
 - Educación sanitaria (tabaco), trabajo grupal con pacientes para crear buenos hábitos.
6. Adecuación de espacios terapéuticos
 - Creación sala polivalente para actividades terapéuticas: tertulia, ocio y tiempo libre, reunión de familias.
 - Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales
7. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo
8. Diseño del proyecto de adecuación de sala para actividades rehabilitadoras
9. Taller de biblioteca, creación de un servicio de biblioteca por parte de los pacientes para su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adecuación de los espacios: SI 100%
Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería SI
Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece el contacto terapéutico, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación. Hemos observado durante este año una gran mejora el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros garantizando la humanización de la atención y la mejoría del paciente en un ambiente normalizado y saludable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1223 ===== ***

Nº de registro: 1223

Título
MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

FUNCIONAMIENTO

Autores:

ELBOJ SASO MARTA, BIARGE RUIZ ARTURO, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ABARCA GRASA ANA, VAL LOPEZ ROSARIO, SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS, FELIPE LANUZA GENMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

En los estudios referentes a este tema sigue quedando patente que el ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. Además, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación.

Por ello, se propone revisar el ambiente terapéutico del CRP en toda su complejidad y elaborar planes de mejora en las unidades, una tarea ambiciosa que pretende iniciar una línea de trabajo y que necesita el compromiso de profesionales, pacientes, familiares y gestores pero también una planificación y ejecución de intervenciones específicas.

RESULTADOS ESPERADOS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos general:

Mejorar el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de recuperación.

Objetivos específicos:

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

MÉTODO

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

El espacio físico
La dinámica de funcionamiento
El ambiente relacional

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno. Una vez consensuadas se plasmarán en un documento que debe contener:

Actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Se hará el seguimiento de las actividades acordadas y la implantación de nuevas actividades y se plantearán las incidencias relacionadas con las infraestructuras.

En el modelo de unidad de Gestión Clínica, la coordinación/supervisión de la unidad o dispositivo mantendrá reuniones periódicas con la Dirección del Centro y la Coordinación de Cuidados de enfermería.

INDICADORES

INDICADOR:

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.

ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).

1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:

1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la explicitación de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes

2ª FASE DE DE 2018:

1. Reunión quincenal del equipo de mejora.
2. Realización del documento con las recomendaciones de mejora y su difusión
3. Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.
4. Continuidad asistencial interna: a través de reuniones establecidas por la unidad y la dirección del centro
5. Evaluación del proyecto en diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE IOVANNA RODRIGUEZ CRESPO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATA TORNIL ELENA
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
ALEGRE GUERRA BEATRIZ
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El programa ha tenido una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, descansando en verano (julio/agosto)

Reunión quincenal del equipo de mejora para:

1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación
3. Definir el encuadre de las sesiones

Sesiones grupales de trabajo:

1. Se han realizado de enero a diciembre 20 sesiones grupales quincenales. S
2. Grupo de pacientes: una media de 18 pacientes por sesión
3. Se han trabajado principalmente las emociones básicas y la escucha activa potenciando la comprensión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de un proyecto piloto, su repercusión ha sido muy satisfactoria. Ha tenido un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

Se ha creado un espacio físico y visual del mundo emocional, un "Rincón Emocional" que ayuda a conocer las emociones para conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

Valor de Indicadores:

Realización de reuniones quincenales de coordinación por parte del equipo de mejora: 100%

Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad: alta participación una media del 18-20 pacientes y un gran grado de adherencia.

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: LECCIONES APRENDIDAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, donde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, nos parecía indispensables un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Título
CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA, MATA TORNIL ELENA, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ALEGRE GUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La salud mental o emocional es una parte muy importante de la salud general y fundamental en el ámbito de trabajo al que pertenece nuestro centro.

Las emociones, son un aspecto fundamental en el desarrollo de todo ser humano, es importante trabajarlas, ayudando a favorecer el desarrollo de las mismas, haciéndoles capaces de identificarlas, aceptarlas y poder llevarlas a la práctica

Por tanto, ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, dónde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, se propone crear un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

RESULTADOS ESPERADOS
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVOS GENERALES:
Crear un espacio físico y visual del mundo emocional, un "Rincón Emocional" que ayude a conocer las emociones humanas de manera que permitan conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Tomar conciencia del propio estado emocional.
Participar activamente en el proceso grupal, con actitud cooperativa, dialogante, constructiva y sin juicios.
Tomar conciencia de la importancia de las emociones en nuestra vida diaria y de lo mucho que nos unen a la especie humana (emociones universales).
Favorecer la empatía a través de la comprensión de las emociones de los demás.
Crear un espacio de escucha y comprensión que favorezca la interacción, aprendizaje y continuidad del taller.
Potenciar el desarrollo de la capacidad creativa y trabajo manual y artístico.

MÉTODO
ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA:
Se propone una ficha técnica de cada sesión para responder a un guión conocido y consensuado aunque siempre será flexible y dispuesto a las modificaciones oportunas, fruto de las necesidades percibidas a lo largo de las sesiones tanto por los participantes como por los profesionales encargados de guiar la actividad.

METODOLOGÍA ACTIVA: el usuario es el protagonista del proceso de aprendizaje de las emociones y el objetivo fundamental es mantener activa la mente de los pacientes tratando de hacerle analizar y observar las situaciones que se le presentan, conectando con su "yo" interno.

Se partirá de un enfoque constructivista, utilizando una metodología globalizada y activa para llevar a cabo un aprendizaje emocional significativo y funcional en cualquier contexto y situación. Las actividades se realizarán en grupo, aunque algunas prácticas se trabajen individualmente.
Cada actividad se indicará el procedimiento de su desarrollo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

- Cuestionario de evaluación de cada sesión
- Encuesta de satisfacción a los participantes del taller al finalizar el programa
- Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad.

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)

DESARROLLO DEL PROGRAMA:

El programa se desarrollará en 20 sesiones de 50 minutos aproximadamente cada una, con una frecuencia quincenal y una participación óptima recomendable de 15 a 20 personas, que serán guiadas durante la actividad por dos profesionales sanitarios.

El grupo participante será elegido por el equipo multidisciplinar siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación (PIR)

Se trata de un proyecto piloto y de su repercusión, desarrollo, satisfacción y evaluación dependerá su continuidad. Tendrá un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ARTURO BIARGE RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUERRI LLES YOLANDA
GRACIA BERCERO CONCEPCION
ELBOJ SASO MARTA
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
FUSTER RAMON BEGOÑA
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
COARASA ALMENARA LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución Comisión de Continuidad de Cuidados 27/09/17
Reuniones semanales de trabajo para la elaboración del documento Desde Sept 17'- Feb 18
Aprobación documento Abril 18'
Revisión externa Mayo 18'
Elaboración libro "CCC, Enfermera gestora de casos en SM"
ISBN-13 978-84-09-02788-0 (1.06.18)
Depósito legal: HU 95 - 2018 (4.06.18)
Elaboración presentación Power Point para difusión Diciembre 18
Presentación documento y programa en CRP Diciembre 18
Implantación Equipo de continuidad de Cuidados en la Comunidad Enero 19
Presentación documento y programa en CSM Grañen Enero 19
Presentación documento y programa en CSM Sariñena Enero 19
Presentación documento y programa en HSJ Enero 19'
Presentación documento y programa en CSM Almudevar Febrero 19

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado las actividades según el calendario establecido.

Indicadores

Derivación % solicitudes con tiempo de respuesta igual o menor de 72h hábiles
Acogida y valoración % personas con las q se contacta en 7 días telefónicamente
% personas satisfechas con la acogida y valoración
Plan de seguimiento % personas adheridas al programa (acuden a citas sucesivas)
% cumplimiento de intervenciones programadas
% personas satisfechas con el proceso de intervención
Coordinación % reuniones mensuales realizadas
% informes realizados

(No es posible presentar resultados al ser reciente la implantación. Implantación/inicio Proyecto de la Continuidad de Cuidados Comunitarios el 8 enero 2019)

Dotación de una Enfermera Especialista en SM como Enfermera Gestora de Casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo ha sido muy positiva y de gran valía profesional en el día día, al igual de la necesidad de mantener dicho Servicio para la mejora de calidad de la atención al usuario.

Lo que queda pendiente es hacer una evaluación del los objetivos alcanzados una vez se lleve un periodo de implantación adecuado.

La sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replica con del 100%.

El proyecto ya está implantado y dotado de personal de Enfermería, al igual de su implantación y en la actualidad ya está funcionado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1391 ===== ***

Nº de registro: 1391

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Título
ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTALCONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD ENFERMERA

Autores:
BIARGE RUIZ ARTURO, GUERRI LLES YOLANDA, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ELBOJ SASO MARTA, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, FUSTER RAMON BEGOÑA, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, COARASA ALMENARA LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno Mental Grave
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad, nos encontramos en una nueva fase de los procesos de la reforma psiquiátrica, en la que el objetivo de la misma no está dirigido a la anulación de estructuras arcaicas sino a fomentar la atención comunitaria y la coordinación entre los diferentes servicios y profesionales, favoreciendo la continuidad de la atención hacia esta población.
Este proceso debería estar centrado en la implantación y desarrollo de medidas que mejoren la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, y en ofrecer una atención integral a los mismos, con el objeto de prevenir o disminuir las hospitalizaciones asegurando una Continuidad de los Cuidados (C.C.) que favorezca la integración en el medio.
La C.C. se centra en atender las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención de la asistencia sanitaria, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales: personas, entornos e información. A través de un modelo de comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, se fijan unos objetivos específicos de cobertura, calidad, formación y evaluación, de acuerdo con las especificidades y prioridades de cada dispositivo.
Una característica básica que se atribuye a la continuidad de cuidados es la transversalidad, a partir de la cual los servicios asumirán como natural que en cualquier punto en el tratamiento de un paciente éste pueda recibir una variedad de servicios acorde a sus necesidades.
Estas aportaciones continuadas constituyen un elemento de integralidad que pueden cubrir distintas áreas:
1) Los programas terapéuticos deben ir encaminados a cubrir las necesidades holísticas de la persona (bio-psico-social), por ello los programas deben ser asumidos por un equipo terapéutico multidisciplinar.
2) La complejidad de los programas requieren una diversidad de servicios que posibiliten la creación de un clima de trabajo dinámico.
3) Consideramos las funciones de soporte y acompañamiento como parte fundamental para realizar la Continuidad de Cuidados.
Entre las distintas redes que interatuación se incluye a profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERALES
Constituir un marco de referencia para contribuir a mejorar y desarrollar la Continuidad de Cuidados en Salud Mental, basado en la coordinación como principal instrumento de trabajo en su vertiente tanto organizativa como asistencial.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Diseñar los programas específicos para la coordinación de los Cuidados de Salud Mental entre los diferentes dispositivos de Salud Mental, así como con Atención Especializada, Atención Primaria y otros servicios necesarios para la intervención con el usuario.
Generar el documento que unifique lo relativo a la creación, desarrollo, funcionamiento y evaluación del Programa de Continuidad de Cuidados en Salud Mental.

MÉTODO
En Septiembre del 2017 se creó la Comisión de Continuidad de Cuidados donde se aprobó el Reglamento del funcionamiento interno de la Comisión, donde surgió el grupo de trabajo de expertos.
Durante el periodo de Septiembre 2017 a Febrero 2018 se han realizado 18 reuniones de coordinación con diferentes expertos de diferentes dispositivos de SM de las cuales ha resultado:
La elaboración del Programa de Continuidad de Cuidados
Se han realizado:
6 reuniones de la Comisión de Continuidad de Cuidados
18 reuniones del grupo de trabajo de expertos en SM
Creación de un libro de "Continuidad de Cuidados en la Comunidad Enfermera Gestora de Casos en Salud Mental".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

ISBN-13 978-84-09-02788-0
Depósito legal : HU 95 - 2018

INDICADORES

Indicador-1: Pacientes psiquiátricos dependientes que reciben atención domiciliaria.
Fórmula: N° pacientes concriterios de inclusión

-----%

Pacientes con TMG candidatos

Indicador-2: reingresos hospitalarios

Fórmula: N° de reingresos hospitalarios en el programa de CCC

----- %

N° de ingresos hospitalarios totales

Indicador-3: Pacientes psiquiátricos atendidos en urgencias psiq.

Fórmula: : N° de pacientes CCC atendidos urgencias psiquiátricas

----- %

N° de pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas

DURACIÓN

Aplicación del proyecto dentro de un equipo Asertivo Comunitario. Gestión de Casos Comunitarios en Septiembre 2018
(Vid documento a aportar con cronograma, actividades, edición del libro con protocolos...)

OBSERVACIONES

la creación de la CC en la Comunidad estaban dentro del CGP del CRP de Huesca 2017, con el n° de indicador 1.4.
Procesos de Enfermería, concretamente el 1.4.3.

Se pretende incluirlo dentro de los objetivos estratégicos del Departamento, CP del 2018, por lo que se está elaborando un EAC Gestión de Casos del Sector.

Enfermería debería ser la que lidera dichas acciones de Cuidados de Continuidad de Cuidados Comunitarios dentro de un equipo multiprofesional y Coordinado por la figura de un Facultativo Psiquiatra.

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAO MARTIN ADOLFO
ARTERO GUILLEN BELEN
BERNAD BETORED GLORIA
MATA TORNIL ELENA
LOSCERTALES BERNAD LAURA
MUR ARDANUY NATIVIDAD
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ESTRUCTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

EDUCATIVA: Talleres prácticos, charlas, tertulias y dinámicas grupales.

- Proyección fotografías y videos de las actividades realizadas durante 2018.
- Reuniones informativas sobre las actividades, talleres de cocina y juegos.
- Exposición de propuestas.
- Taller de la autoestima
- Taller de comportamiento en la mesa y como debemos comer.
- Charla-coloquio: Conoce a los Reyes de España, presidentes, partidos y ministros.
- Cartelería. Redacción y elaboración de carteles informativos de actividades del centro.
- Proyección-coloquio: Pueblos en peligro de extinción.
- Taller de Julio Verne: De la tierra a la luna.
- Taller: Como manejamos nuestras emociones I.
- Taller: Descubriendo nuestras emociones II.
- Películas: Que se mueran los feos, Campeones, Ocho apellidos vascos y documentales.
- Taller: Como se vota. Elecciones.
- Talleres de cocina Puesta en práctica diferentes elaboraciones para eventos dentro del centro. (convivencias, cursos de formación, charlas, etc.)
- Juegos de mesa: oca, parchís, dominó, bingo, puzzles, barajas, etc.
- Taller de lectura: "leemos juntos". Poesía, Don Quijote, novelas, etc.
- Introducción a la informática. Iniciación en Word.
- Charla- coloquio: Sexualidad, con seguridad tu mejor relación
- Ambientación Halloween.
- Charla impartida por la Policía Local: Convivencia, respeto y acoso en la sociedad
- Charla: Hábitos de higiene básicos
- Realización de tarjetas de Navidad para la familia, amigos, etc.
- Charla-taller: Importa estar limpio. Higiene de la piel y cabello

SOCIAL: Convivencias, salidas, ocio dirigido

- Salida: Centro Cívico. Exposición del cultivo, elaboración del aceite de oliva.
- Salida: Campo de fútbol Alcoraz de Huesca.
- Taller de swing. Grupo de baile de Hindy-hop
- Taller de yoga. Descubre sus beneficios. La práctica se realiza dos veces al mes.
- Charla: Presentación de una guía de montaña Sierra de Guara
- Salida: Centro Cívico. Exposición del cultivo, elaboración del aceite de oliva.
- Taller de pastelería impartido por un profesor de la escuela de Hostelería.
- Convivencia en Salas con ASAPME.
- Visita y convivencia en la granja escuela IFPE Montearagón.
- Palacio Villahermosa. Presentación y taller del proyecto "Estación Esperanza".
- Concierto de Cuencos Tibetanos.
- Excursión y merienda de convivencia en Alberuela de Tubo.
- Merienda de convivencia con Asapme. Elaboración de empanadico.
- Salida al cine. Película: Los Rodríguez y el más allá.
- Charla: Funciones y competencias de un agente forestal.

ACTIVIDADES TEMATICAS: Fiestas, ferias y mercados.

- Feria de la Asociaciones de Monzón: Talleres de cocina "Apetito Común".
- Participación en el Mercado Medieval con ASAPME.
- Merienda de hermandad navideña
- Venta del libro Apetito Común, realizado por los usuarios del CRP
- Taller de cocina a la comunidad.
- Grupo de juventud de las parroquias de San Lorenzo y Perpetuo Socorro

SALUD BUCODENTAL:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

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

- Charla-power point Higiene de la boca I
- Charla- video. Higiene buco-dental II. Técnicas del cepillado. Realización póster.
- Taller de refuerzo higiene bucal. Práctica con usuarios. Registro y seguimiento anual.
- Distribución de vasos y rotulación de cada paciente con su nombre para realizar la higiene bucal (pasta dentífrica + cepillo + colutorio).
- Realizamos una muestra de 20 usuari@s donde se valora la frecuencia, la técnica del cepillado y las incidencias/visitas al odontólogo.
- TECNICA DEL CEPILLADO

HIGIENE DEL SUEÑO

- Charla Higiene del sueño I. PowerPoint
- Taller higiene del sueño II. técnicas de higiene y rituales del sueño. Hoja registro.
- Talleres de relajación muscular progresiva Jakobson.
- Charla. Hábitos de la higiene del sueño. Superar el insomnio, ritmos y rutinas del sueño.
- Relajación I. Escuchar el sonido del agua y de la naturaleza.
- Relajación II. Visualizar paisajes naturales.
- Relajación III. Ejercicios respiratorios.
- Relajación IV. Escuchar música de relajación.

CUIDADO DE LOS PIES

- Charla informativa- power-point. Cuidados del pie diabético. Pies para que os quiero.
- Charla sobre el cuidado de los pies y uñas. Talleres prácticos y realización de técnica.
- Refuerzo de los talleres de la higiene de los pies y corte de uñas y puesta en común.

PIEL Y CABELLO

- Charla-taller: Importa estar limpio. Higiene de la piel y cabello.
- Charla -coloquio. Piel: Funciones, enfermedades y consejos para su cuidado.
- Encuesta grupal. Hábitos del aseo.

SEXUALIDAD

Charla- taller. Sexualidad I
Charla - coloquio. Salud sexual II

TALLER FÁRMACOS

- Charla informativa: Psicofarmacología y Principales fármacos orgánicos.
- Inclusión en el programa a 15 pacientes para su registro y seguimiento.
- Aplicación de escala DAI de medicación y un cuestionario auto elaborado de conocimiento de los fármacos
- Charla en común
- Intervención individual: Elaboración ficha medicación, preparación medicación individualizada y resolución de dudas, durante 5 sesiones con cada paciente.
- Aplicación de escala DAI y cuestionario de conocimiento de fármacos al finalizar

RECICLAJE

- Realización de diferentes proyecciones sobre ecología y medio ambiente.
- Realización de objetos decorativos con diferentes recursos materiales
- Realización de los carteles del "alimento del mes" reutilizando cartones y papel.
- Concienciar a los usuarios con ejemplos prácticos que realizan otras entidades.
- Reconocimiento a dos usuarios voluntarios que barren las colillas del suelo.

ALIMENTACION SALUDABLE:

Realización de un cartel correspondiente a cada alimento que se trabaja cada mes, puesta en común, quedando expuesto en el comedor del centro.
Reforzamos con la introducción de dicho alimento en la merienda dos veces al mes.

Enero: Naranja. Elaboración: zumo de naranja
Febrero: Aceite de oliva. Elaboración: Pan con tomate y aceite de oliva
Marzo: Aguacate: Elaboración: Guacamole
Abril: Pan integral: Elaboración tostadas con tomate y aceite de oliva
Mayo. Fresa. Elaboración: mermelada, flan y tartaletas
Junio. Garbanzo. Elaboración: hummus
Julio. Sandía y melón. Elaboración: brochetas
Agosto: Tomate. Elaboración gazpacho
Septiembre: Queso. Elaboración: sándwiches de queso y york.
Octubre: Atún. Elaboración: Pate de atún
Noviembre: Calabza: Elaboración: Empanadicos
Diciembre: Frutos secos. Turrone y Colineta nevada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. GRADO DE ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO:

Número de pacientes que participan en el programa del total de pacientes seleccionados.

VALOR DEL INDICADOR: = >MAYOR AL 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

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

Fuente: Registro de los usuarios seleccionados para la actividad. N° 25 pacientes (al menos tienen que participar en el 50% de las actividades)

25 PACIENTES SELECCIONADOS : 25 PACIENTES PARTICIPAN= 100%

RESULTADO= 100%

2. MEMORIA DE ACTIVIDADES

Indicador dicotómico: SI/NO

RESULTADO= SI

3. ESCALA DAI y cuestionario de conocimiento de fármacos al finalizar las sesiones con cada paciente (TALLER DE MEDICACIÓN)

ESCALA DAI: 15 PACIENTES PARTICIPAN : 13 PACIENTES COMPLETAN= 87%

CUESTIONARIO AUTO Porcentaje

No responde o no participa 20%

Responden igual 46,6%

Responden peor 0%

Responden mejor (Mejoría leve) 13,3%

Responden mejor (Mejoría notable) 20%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En éste proyecto se ha trabajado desde la óptica de la recuperación, poniendo en valor el conocimiento de las necesidades sobre los hábitos y conductas saludables en pacientes con TMG.

Consideramos en todos los aspectos que ha sido beneficioso. Hemos podido comprobar el grado de participación, motivación y satisfacción que han repercutido positivamente en sus vidas.

Aunque los avances pueden parecer pequeños, teniendo en cuenta las dificultades de éstos pacientes, tanto en sus capacidades cognitivas como de las destrezas del procesamiento, pero pese a ello, se ha conseguido una buena respuesta.

Todo el trabajo realizado lo tomamos como un punto de partida a otras actividades que se puedan implementar en la forma de trabajo rutinaria, puesto que estas personas necesitan mucho refuerzo y repetición, por todo ello creemos la importancia que tiene el contar con los profesionales que contribuyan en su interés e intentar motivarlos día a día dando soporte para mejorar su calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/511 ===== ***

Nº de registro: 0511

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

Autores:
PLANO VIDOSA PILAR, LANA O MARTIN ADOLFO, ARTERO GUILLEN BELEN, BERNAD BETORED GLORIA, MATA TORNIL ELENA, LOSCERTALES BERNAD LAURA, MUR ARDANUY NATIVIDAD, CASASUS ESCUER ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Salud Mental

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con motivo de la puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros (ULE y Psicogeriatría) y viendo la repercusión positiva que han tenido en sus vidas y trabajando con ellos desde la óptica de la recuperación; se ha puesto en valor el conocimiento de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

1. TÍTULO

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

necesidades sobre los hábitos y conductas saludables en pacientes con TMG; lo que supone un punto de partida para avanzar en el cuidado de la higiene y salud mental.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

MÉTODO

METODOLOGÍA

En éste modelo de proyecto educativo contamos con la información y contenidos para la adquisición de los hábitos y conductas saludables donde se pondrán de manifiesto en la programación. Tanto en los talleres como actividades es prioritaria la participación del usuario para que vaya adquiriendo los conocimientos por sí mismo.

Estrategias de intervención:

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

Estructuración de las actividades:

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

1. TÍTULO

AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BIARGE RUIZ ARTURO
GRACIA BERCCERO CONCEPCION
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
FELIPE LANUZA GENMA
SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS
BERNAD BETORED GLORIA
JAIME REYES ALLUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

- El espacio físico
- La dinámica de funcionamiento
- El ambiente relacional

Como consecuencia de este estudio se ha comenzado la adecuación del aula N°2 del centro siguiendo las recomendaciones del estudio.

Se ha comenzado a la actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Sesiones de trabajo quincenales del grupo de trabajo para realizar el plan de actuación que incluye:

- Valorar las necesidades personales de los pacientes
- Valorar las necesidades detectadas por los trabajadores de enfermería (DUEs, TCAEs, TO) en lo referente a la creación de espacios terapéuticos.
- Priorización de las medidas a tomar
- Establecer un plan de actuación, cronograma y plazos de ejecución
- Ejecución de las medidas: preparación de presupuestos, búsqueda de recursos, adecuación de los espacios.
- Valoración de los objetivos
- Plan de ejecución de las medidas pendientes: adecuación espacios individuales y personales de los pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de reuniones trimestrales de coordinación
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año
RESULTADO: 100%

Sesiones de trabajo quincenales
ESTÁNDAR: 2 sesiones/mes
RESULTADO: 100%

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.
ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO
RESULTADO: SI

Adecuación del AULA 2
ESTÁNDAR: SI/NO
RESULTADO: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de recuperación

Como resultados del estudio destacamos las siguientes recomendaciones:

La importancia de la atención al confort y necesidades individuales de la persona atendida, desarrollando un ambiente tranquilo y poco estigmatizante.

La necesidad de que haya equipos estables de profesionales, para fomentar la motivación, el dinamismo y la responsabilidad en los equipos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

1. TÍTULO

AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

Tratar a través de apoyo, supervisión y formación continuada el déficit en niveles, competencias y formación de profesionales.

Explicitar normas de funcionamiento con el objetivo de regular las relaciones, tareas y horarios entre todas las personas miembro de la unidad o dispositivo.

Asignar profesionales referentes a cada paciente, tanto personal facultativo como de cuidados, que se hagan cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados del paciente. De esta manera se fomenta la transmisión efectiva de la información, acerca de sus derechos, deberes, objetivos de la unidad etc., y se garantiza al máximo que la visión personal de la persona atendida quede explicitada en el plan de tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

Esta línea de trabajo que necesita el compromiso de profesionales, personas usuarias, familiares e incluir a los gestores, a los y las responsables de las unidades como agentes de cambio.

Se necesitaría contar con un presupuesto o poder garantizar los recursos materiales para poder llevar a término los cambios.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

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

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, BIARGE RUIZ ARTURO, GRACIA BERCERO CONCEPCION, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, CASASUS ESCUER ISABEL, VAL LOPEZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GERENAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

1. TÍTULO

AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

MÉTODO

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

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

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

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

Iniciar las mejoras a nivel local, en cada unidad o dispositivo: para promover los cambios pertinentes.

Actualización de las guías de funcionamiento de CRP

INDICADORES

INDICADOR:

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.

ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:

Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados

ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2019 a Diciembre de 2019, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0624

1. TÍTULO

LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ENRIQUE BEJAR MARIN
· Profesión TCAE
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
CARRERO BACIGALUPE IZIAR
VAQUERO PEREZ MARIA JOSE
ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones periódicas del equipo de trabajo para programar las actividades con usuarios de UME, realizando búsqueda de diferentes formatos (obras de teatro, libros de poesía, literatura y literatura asociada a película).
Semanalmente se han realizado sesiones de 45 minutos con los usuarios de la Unidad desde marzo 2019.
Se han realizado actividades en la comunidad relacionadas con la lectura (presentación de libro, visita al archivo histórico, visita guiada con historiador por el Casco Antiguo, recitar poesía al aire libre).
Fomento del interés por la lectura animando a que nuestros usuarios sean capaces de buscar material para las diferentes sesiones.
Además del planteamiento inicial en cuanto a objetivos, hemos tenido en cuenta las preferencias, capacidades para seguir la actividad así como una adaptación de las materias dependiendo de las de los usuarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado ha sido satisfactorio aplicando los indicadores seleccionados:
pacientes que acuden al menos 50%----- 13
pacientes seleccionados-----15
lo que nos da un resultado indicador del 87%
La fuente de obtención ha sido el registro de asistencia de usuarios de cada sesión y método cuantitativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde que implementamos el proyecto en marzo de 2019, hemos constatado que la lectura es una herramienta terapéutica para la mejora de las habilidades lectoras, de atención, memoria, comprensión y expresión de los usuarios que han asistido. Así mismo, ha supuesto una alternativa saludable al ocio favoreciendo la interacción social grupal entre los usuarios y con el personal.
Ha sido necesario adaptar la actividad en función de las necesidades o aptitudes de los asistentes a las sesiones. Consideramos que se están consiguiendo los objetivos previstos inicialmente.
Como aspecto a mejorar, en algunas ocasiones hemos usado la improvisación y como consecuencia nos ha faltado planificación.
Se ha decidido, como mejora, planificar reuniones programáticas trimestrales y reuniones de evaluación posteriores a cada sesión semanal.
En cuanto a replicación, se mantiene la actividad que pasará a formar parte de las actividades de la Unidad elaborando un nuevo proyecto de lectura, orientado hacia la participación comunitaria

7. OBSERVACIONES.
Se consideraban como imprescindibles, para ayudar a la consecución de objetivos, una serie de necesidades (dotación económica, recursos materiales, etc.) que no hemos recibido.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/624 ===== ***

Nº de registro: 0624

Título
LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Autores:
BEJAR MARIN ENRIQUE, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, CARRERO BACIGALUPE ICIAR, VAQUERO PEREZ MARIA JOSEFA, ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0624

1. TÍTULO

LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-LA UNIDAD (UME) OFRECE UNA SERIE DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS A LO LARGO DE LA SEMANA QUE SUSCITAN, MÁS O MENOS, INTERÉS EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN DE CADA PACIENTE, PERO NECESARIAS POR SU UTILIDAD TERAPÉUTICA PARA FAVORECER LA RECUPERACIÓN Y PROMOVER LA AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES.
SE HA CONSTATADO EL SEGUIMIENTO DESIGUAL DE ALGUNAS DE ESAS ACTIVIDADES QUE INCIDEN MÁS EN EL USO DEL TIEMPO LIBRE, POR LO QUE SE VIO NECESARIO APORTAR UNA ACTIVIDAD NUEVA QUE PUDIERA ESTIMULAR MÁS A LOS PACIENTES.
-POR OTRA PARTE, SE CONSTATA LA NECESIDAD DE OFRECER UN ESPACIO DE MEJORA PARA LOS DÉFICITS DEL LENGUAJE (APTITUDES DE ESCRITURA, HABLA Y ESCUCHA) QUE AFECTAN A ESTE TIPO DE PATOLOGÍA.
-ACTIVIDAD DE OCIO SALUDABLE Y DIFERENTE QUE FAVOREZCA LA SOCIALIZACIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:
-FORTALECER LAS APTITUDES DE LECTURA, ESCUCHA Y DESARROLLAR EL EXPRESARSE EN PÚBLICO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
-MEJORAR LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN.
-EXPANDIR EL CONOCIMIENTO AMPLIANDO EL VOCABULARIO.
- AGILIZAR LA MEMORIA.
-AGUDIZAR LA IMAGINACIÓN Y FAVORECER EL PENSAMIENTO CRÍTICO.
-CREAR VÍNCULOS EMOCIONALES(DESARROLLA UNA ACTITUD POSITIVA HACIA LA LECTURA COMO FUENTE DE PLACER).

MÉTODO

- REUNIÓN SEMANAL PARA PREPARAR EL CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD.
- BÚSQUEDA (INTERNET, BIBLIOTECA.....) DE TÍTULOS PARA LEER, PREVIA REVISIÓN DE LOS MISMOS.
- SESIONES SEMANALES DE UNA HORA PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA CON PACIENTES.
- SESIONES EXTRAS, UNA VEZ AL MES, PARA VISIONADO DE PELÍCULAS RELACIONADAS CON OBRA.
- ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD RELACIONADAS CON LA LECTURA
(PRESENTACIÓN DE LIBROS, ARTES ESCÉNICAS, FERIA DEL LIBRO, CITAS CON AUTORES...)
- ACTIVIDAD DE LECTURA EN EXTERIORES.
- ACTIVIDADES ENMARCADAS Y DIFERENCIADAS DEPENDIENDO DE LAS CUATRO ESTACIONES ANUALES.
- REUNIONES SEMANALES DEL EQUIPO PARA VALORAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES

- REALIZACIÓN DE CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR CON CARÁCTER TRIMESTRAL.
- NÚMERO DE SESIONES DE LECTURA.
- NÚMERO DE SESIONES EXTRA DE VISIONADO DE PELÍCULAS.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ABANDONAN LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL EXTERIOR.

DURACIÓN

- INICIO DE PROYECTO, EL 29 DE MARZO DE 2019.
- FIN DE PROYECTO, EL 1 DE MARZO DE 2020.
- CUESTIONARIO DE VALORACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS, TRIMESTRAL.
- UNA EVALUACIÓN CONTINUADA, TRAS CADA SESIÓN, QUE VALORARÁN PERSONAL Y USUARIOS, LA CONVENIENCIA, O NO, DE MODIFICAR EL CONTENIDO DE LOS TEMAS TRATADOS, ADEMÁS DE UNA VALORACIÓN, AL ALTA, QUE AYUDARÁ A VALORAR Y EVALUAR, LA LÍNEA DE TRABAJO DE LA ACTIVIDAD.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0886

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE HELENA SANZ SANZ
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
CALVERA FANDOS LAURA
ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes actividades:

- Revisión bibliográfica sobre síndromes prodrómicos (descripción, detección, naturaleza, curso...).
- Revisión de material publicado sobre evaluación de pródomos.
- Elaboración del protocolo.
- Puesta en marcha: aplicación sobre la población diana.
- Registro de: casos/intervención/resultado.
- Reuniones de trabajo: Trimestral.

Ajustándonos al siguiente calendario:

- Marzo 2019: inicio revisión bibliográfica.
- Abril- junio 2019: elaboración del protocolo y del registro de casos.
- Julio 2019: implementación del protocolo y cumplimentación del registro de casos.
- Noviembre 2019: valoración de resultados.
- Diciembre 2019: realización de memoria.

Haciendo uso de los siguientes recursos:

- Material bibliográfico de consulta (internet o material disponible);
- Equipo informático (de consulta);
- Sala de reuniones (UME);
- Despacho donde realizar valoración.

Se elaboró el protocolo conjuntamente entre los componentes del proyecto, recogiendo las distintas variables a valorar por todo el equipo terapéutico, cada uno desde su disciplina profesional (psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería). Variables clínicas recogidas en la bibliografía y relacionadas con la existencia de síntomas prodrómicos y su evaluación, no sólo atendiendo a las manifestaciones sintomáticas, sino también a posibles factores predisponentes y precipitantes.

Una vez concluido, se llevó a cabo una reunión con el equipo terapéutico para dar a conocer el protocolo y recoger aportaciones nuevas que se incluyeron en el mismo.

Con cada caso susceptible de aplicación se cumplimentó el protocolo entre todos los profesionales de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Planteamos los siguientes objetivos con los resultados obtenidos:

- Implementación del protocolo: porcentaje de pacientes con sintomatología sugestiva de fase prodrómica a los que se les aplica el protocolo. Se usa como indicador la siguiente fórmula: Pacientes de la UME con sintomatología prodrómica/ Pacientes a los que se aplica el protocolo. Esperando obtener el 100%.
Durante el tiempo transcurrido se han obtenido los siguientes resultados: 3/3= 100%.

- Registro de casos: cumplimentación del registro. Se aplica como indicador la siguiente fórmula: N° de casos incluidos en el registro/ n° casos con el registro de la intervención correspondiente. Esperando obtener al menos un 70%.

Durante el tiempo transcurrido se han obtenido los siguientes resultados: 3/3= 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha detectado que el protocolo favorece el trabajo en inter y multidisciplinar, promoviendo la reflexión y el cuestionamiento de prácticas clínicas. La UME supone un recurso en el que existe un potente trabajo de equipo, este protocolo resulta una herramienta para la recopilación minuciosa de información clínica relevante sobre un paciente, ofreciendo a su vez, una oportunidad para reflexionar sobre el caso y organizar toda la información que se recoge en cada una de las áreas de intervención (psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería) orientando la toma de decisiones en casos complejos. Estos pacientes serían aquellos en los que la sintomatología se presenta de forma más sutil o enmascarada por diversos factores intervinientes como puede ser: la dinámica/apoyo familiar, capacidad de introspección, recursos personales y cognitivos, factores dinámicos y de personalidad, relación terapéutica, forma de manifestarse la clínica, ocultamiento de síntomas... Se estimula así el intercambio de ideas e información entre profesionales facilitando la toma de decisiones y la elaboración del plan individualizado de rehabilitación, mejorando la calidad de la asistencia.

- Podemos señalar dos funciones del protocolo: una, favorecer la toma de decisiones clínicas, ya sea

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0886

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

evitando ingreso en UCE o bien, indicándolo, según necesidades del paciente; otra, facilitar el conocimiento y construcción del caso, llevando a cabo una buena evaluación/valoración clínica y posibilitando que en futuras ocasiones se lleve a cabo una intervención más ajustada, además de una posible anticipación de situaciones de recaída y/o conductas auto/heteroagresivas.

- En cuanto a los resultados obtenidos, se ha aplicado el protocolo en tres ocasiones, con tres pacientes diferentes. En uno de los casos la intervención fue previa a un empeoramiento clínico y evitó posibles conductas auto/heteroagresivas; se procedió a ingreso en UCE tras haber intentado reajuste farmacológico que el paciente rechazó. En los otros dos casos el protocolo se aplicó posteriormente al ingreso en UCE permitiendo recopilar información clínica relevante y poder intervenir de forma eficaz en intervenciones posteriores, ajustadas a sus características concretas.

- Destacamos que la mayor parte de los pacientes no requieren este tipo de medidas excepcionales; de los 41 casos atendidos a lo largo del 2019, sólo 3 han requerido la aplicación del protocolo, pero ha sido fundamental para su evolución. Se observa que conlleva una labor reflexiva y de trabajo conjunto muy importante y necesaria en aquellos casos en los que existe mayor complejidad clínica o de abordaje terapéutico, siendo valorado su uso muy positivamente por lo profesionales.

- Como recomendaciones consideramos que sería interesante analizar los datos que se desprendan de su uso a medio plazo, teniendo en cuenta, por ejemplo, cuántos casos son susceptibles de aplicarles el protocolo y qué efectos tiene su uso sobre el trabajo en equipo y sobre la evolución del paciente. Hay que tener en cuenta que el uso del protocolo se encuentra ligado al tipo de paciente atendido y sus características personales, de tal forma que es de esperar que resulte fundamental en aquellos casos que suponen mayor complejidad clínica y de manejo en la relación terapéutica.

- Consideramos que el uso del mismo ha facilitado la aclaración de aspectos clínicos fundamentales en los pacientes a los que se ha aplicado el protocolo y que en dos de ellos se han podido tomar decisiones más ajustadas y eficaces para su evolución. En el otro caso, no se ha podido valorar cómo sería su evolución, ya que tras el ingreso en UCE se decidió alta a domicilio por cuestiones familiares.

- Se hace fundamental estimular la participación e implicación del resto del equipo, de tal forma que se pueda recoger información desde diferentes ámbitos, permitiendo llevar a cabo una intervención multidisciplinar.

- Concluimos que es importante mantener este protocolo como herramienta clínica en la unidad y promover los espacios de discusión e intercambio de ideas/información entre los distintos profesionales. Se trata de un trabajo replicable, además de sostenible en el tiempo, sin un elevado coste y con mejoras en la calidad de la asistencia. Se trataría de continuar aplicando el protocolo, llevando a cabo el registro y las reuniones de equipo correspondientes para su cumplimentación y toma de decisiones. Además, sería interesante realizar un análisis sobre los efectos de su aplicación con una muestra más amplia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/886 ===== ***

Nº de registro: 0886

Título
PROTOCOLO PARA IDENTIFICACION DE SINTOMAS PRODROMICOS EN UME

Autores:
SANZ SANZ HELENA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GALVEZ CALABRIA MARTA, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN, ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Unidad de Media Estancia (UME) del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca se detecta la necesidad de elaborar un protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos que oriente en la toma de decisiones terapéuticas y minimice los riesgos asociados. Se tratará de discernir el requerimiento de un ingreso en la Unidad de Corta Estancia (UCE) para tratamiento más intensivo, o bien el ajuste de tratamiento y medidas de contención que eviten dicho ingreso en UCE. Al tratarse de una unidad de puertas abiertas, con recursos materiales y personales limitados, es importante intervenir cuando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0886

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

se produce una reagudización de cara a minimizar posibles riesgos derivados, como pueden ser: alteración de la convivencia con otros pacientes y su posible desestabilización, pasajes al acto con auto/heteroagresividad, empeoramiento clínico progresivo del paciente... En la actualidad no existen en la unidad ningún protocolo específico para identificación de pródromos. Consideramos que a través de esta herramienta se facilita la recogida de información procedente de cada uno de los ámbitos de tratamiento (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y auxiliar de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social...) y permite una toma de decisiones más ajustada a ese momento concreto del paciente evitando los riesgos ya mencionados y actuando de forma más ágil.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos con el objetivo de detectar el inicio de una descompensación psicopatológica y poder establecer la intervención más adecuada. La población diana será todos aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia que presenten sintomatología sugestiva de fase prodrómica y que requieran una valoración para discernir la necesidad de ingreso en Unidad de Corta Estancia u otra medida terapéutica. El protocolo será aplicado por el equipo sanitario que trabaja diariamente con el paciente, cada uno desde sus competencias profesionales.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica sobre síndromes prodrómicos (descripción, detección, naturaleza, curso...).
- Revisión de material publicado sobre evaluación de pródromos.
- Elaboración del protocolo.
- Elaboración del registro de casos.
- Presentación al resto del equipo asistencial.
- Puesta en marcha: aplicación sobre la población diana.
- Registro de: casos/intervención/resultado.
- Reuniones de trabajo: quincenal.

INDICADORES

Elaboración del protocolo de valoración de síntomas prodrómicos (sí/no).
Elaboración del registro de casos (sí/no).
Reunión con el resto del equipo asistencial (sí/no).
Implementación: aplicación del protocolo a pacientes con sintomatología sugestiva de fase prodrómica (100%).
Registro de casos: cumplimentación (100%).

DURACIÓN

- Marzo 2019: inicio revisión bibliográfica.
- Abril- junio 2019: elaboración del protocolo y del registro de casos.
- Junio 2019: reunión con el resto del equipo asistencial para dar a conocer el protocolo y el registro.
- Julio 2019: implementación del protocolo y cumplimentación del registro de casos.
- Noviembre 2019: valoración de resultados.
- Diciembre 2019: realización de memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA GARCIA PARDOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL
CASASUS ESCUER ISABEL
MENE PEREZ MARTA
FELIPE LANUZA GEMMA
ASPIROZ GUILLEN EMMA
BUIL LORIENTE TERESA
ZAPATER OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 12 de abril nos reunimos todo el equipo de mejora por primera vez para plantear las variables más importantes y que debían constar en la base de datos y tras debatirlas las aunamos en un documento.

Cada integrante del grupo se ha responsabilizado de un número de pacientes y de sus hojas de pautas para asegurar que estén incluidos el 100 % de los datos en el 100% de los pacientes. En un principio había 45 pacientes ingresados en la unidad de larga estancia. Los dividimos entre las dos enfermeras y las 5 TCAES, después todo el trabajo fue supervisado por las dos enfermeras y posteriormente por el psicólogo quien daría la última supervisión con nuevas aportaciones antes de empezar a utilizar estas pautas.

Los documentos de cada paciente están ubicados en una carpeta en soporte papel compartida por todo el equipo de profesionales de la ULE.

A medida que se han ido finalizando las pautas individuales de los pacientes se han ido comunicando en la reunión de las mañanas que tiene el equipo con los diferentes profesionales, se ha ido informando a todo el mundo en los cambios de turnos y hemos empezado a utilizarlas, además el psicólogo las lleva a las reuniones del PIR (PROYECTO INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN) para comentarlas con el resto del equipo terapéutico.

El 3 de junio realizamos una segunda reunión del grupo de trabajo de este proyecto para solucionar dudas o mejoras que fueron surgiendo, y se incorporó al grupo la TCAE Gloria Arner Moscoso colaborando activamente en este trabajo.

El 29 de octubre nos volvimos a reunir para revisar el proyecto.

A mediados de noviembre confeccionamos una encuesta de satisfacción que distribuimos a 23 profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestros objetivos eran:

1-Mejorar la accesibilidad rápida a la información, así como una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales y que el 100% de los pacientes tuvieran cumplimentada su hoja individual de pautas.
% de usuarios de ULE con hojas pautas generales cumplimentadas/todos los usuarios de ULE.

45/45=100%

En un principio había ingresados 45 pacientes, pero 2 fueron dados de alta y otra paciente falleció por lo que quedaron 42, a lo largo de este tiempo han ingresado 3 pacientes que hemos decidido incluir por lo que volvemos a tener 45 pacientes y EL 100% tienen completada su hoja de pautas.

2- Satisfacción por parte del personal (Medicina, Enfermería, TCAE) para evaluar su utilidad
% de médico y psicólogo que consideran útil esta información/totalidad de los médicos y psicólogo.

Resultado:

-el psiquiatra de la unidad revisa mensualmente las pautas de comportamiento, piensa que la actualización sería más sencilla si se informatizará por lo que cree que el formato más adecuado sería la informatización para permitir un acceso y actualización común y si que piensa que es muy útil para el trabajo diario.
El psicólogo es un miembro del grupo por lo que no ha realizado la encuesta de satisfacción.

% de enfermeros que consideran útil esta información/totalidad de los enfermeros.

Resultado:

-el 100% de los enfermeros consultan las pautas de comportamiento.

-Cuando nos referimos a si se entienden bien las indicaciones de las pautas, lo valoraron con una escala que va del 1 al 5, siendo 1 muy deficiente y 5 excelente. En este caso observamos que un 83,5% responde un 4 y un 16,5% un 5.

-el 100% responde afirmativamente al formato utilizado.

-en cuanto a la utilidad para el trabajo el 66,66% contesta con un 5, el 16,66% con un 4 y otro 16,66% con un 3 (escala anteriormente citada).

% de TCAES que consideran útil esta información/totalidad de los TCAES.

Resultado:

-En la primera pregunta vemos que el 93,75% suelen consultar las pautas frente a un 6,25% que nos sorprende que no lo haga.

-Cuando nos referimos a si se entienden bien las indicaciones de las pautas, lo valoraron con la escala citada anteriormente. En este caso observamos que un 12,5% ha contestado un 2, un 18,75% un 3, un 25% un 4, y un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

31,25% un 5.

-Con respecto a la tercera cuestión un 87,5% contestan que les parece un formato adecuado frente a un 12,5% que no creen que lo sea.

-En la última pregunta, se les pregunto si serian útiles para su trabajo diario y un 25% contestaron un 3, un 18,75% un 4 y un 56,25% un 5.

Finalmente, en las sugerencias en general hemos recogido estos datos:

- La importancia de tener los datos actualizados
- Registrar el diagnostico medico
- Informatización

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos añadido al documento el diagnóstico del paciente ya que es un dato que tenemos que registrar en caso de fugas del paciente, caídas o incluso si precisa un ingreso en urgencias. Durante todo este tiempo estamos viendo como las compañeras usan este formato con bastante frecuencia para resolver sus dudas sobre entre otras cosas qué actuaciones tienen que llevar a cabo con los diferentes pacientes. Hemos decidido que cada vez que ingrese un paciente nuevo se cumplimentara su hoja individual de pautas. Sería muy recomendable diseñar pautas generales para otra de las unidades del CRP, como es la unidad de Psicogeriatría, además esta información la está demandando el personal nuevo que viene a trabajar a estas unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1212 ===== ***

Nº de registro: 1212

Título
MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Autores:
GARCIA PARDOS ANA MARIA, GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL, CASASUS ESCUER ISABEL, MENE PEREZ MARTA, FELIPE LANUZA GEMMA, ASPIROZ GUILLEN EMMA, BUIL LORIENTE TERESA, ZAPATER OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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
Un grupo de profesionales ha detectado la necesidad de desarrollar un instrumento ágil para el manejo diario de las pautas generales, no farmacológicas, de los diferentes pacientes ingresados en la unidad de larga estancia (ULE), de esta forma pensamos que con esta herramienta de trabajo mejoraremos la accesibilidad rápida a la información y habrá una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Establecer las variables a registrar que permitan recabar toda la información necesaria
2-Diseñar una base de datos con pautas generales de todos los pacientes de ULE
3-Introducir las pautas generales de cada usuario de la ULE
4-Desarrollar una carpeta compartida donde pueda acceder todo el equipo de profesionales
5-Mantener actualizadas todas las pautas

MÉTODO
En una primera reunión plantearemos las variables a incluir en la base de datos, tras una decisión unánime de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

todo el grupo, ésta estará ubicada en una carpeta compartida por todo el equipo de profesionales de la ULE. Cada integrante del grupo se responsabilizará de un número de pacientes y de sus hojas de pautas para asegurar que estén incluidos el 100 % de los datos en el 100%de los pacientes.
A medida que se vayan finalizando las pautas de los pacientes se irán comunicando en la reunión de las mañanas que tiene el equipo con los diferentes profesionales para que se vaya informando a todo el mundo en los cambios de turnos y poder empezar a utilizarlas.
Realizaremos una segunda reunión del grupo de trabajo de este proyecto para solucionar dudas o mejoras que vayan surgiendo y para la realización y distribución de una encuesta de satisfacción y una última reunión cuando todos los pacientes estén incluidos en la base de datos para hacer una evaluación de la misma ya que se pretende al año que viene realizarlo en la unidad de psicogeriatría y para ver los resultados de la encuesta.

INDICADORES

Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:
-Creación de un documento estableciendo las variables (SI / NO)
-Diseño de la base de datos informatizada accesible a todo el personal de ULE (SI / NO)
-Disponer de archivador en papel accesible a todos (SI / NO)
-Realización de 3 reuniones al año (SI / NO)
-% de usuarios de ULE con hoja de pautas generales completadas/todos los usuarios de ULE. (100%)
-Encuesta de satisfacción al personal (Medicina, Enfermería, TCAE) para evaluar su utilidad (SI / NO)

DURACIÓN

ABRIL: Establecer variables a incluir en la hoja de pautas generales.
MAYO: Puesta en común con el resto del equipo de ULE y documento definitivo.
JUNIO- OCTUBRE: Introducir los datos de todos los pacientes de ULE.
Realización y distribución de la encuesta de satisfacción
NOVIEMBRE: Revisión de las hojas de pautas generales y resultados de la encuesta
DICIEMBRE: Finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE SONIA SANZ MALUENDA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBOJ SASO MARTA
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA
VELDUQUE BALLARIN ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, INCREMENTANDO TANTO EL NÚMERO DE SESIONES DE TRABAJO ARTESANAL, COMO EL NÚMERO DE PARTICIPANTES EN ELLAS.
GESTIÓN Y COMERCIALIZACIÓN QUE LES PERMITA INCREMENTAR SU AUTONOMÍA EN EL MANEJO DEL DINERO, A TRAVÉS DE LOS MERCADOS COMUNITARIOS DOS VECES AL AÑO.
RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO: LA EXPOSICIÓN Y COMERCIALIZACIÓN SON, EN SÍ MISMOS ELEMENTOS MOTIVANTES QUE HACEN QUE QUIERAN CONTINUAR CON EL TRABAJO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CUMPLIMIENTO: SE PLANIFICARON 2 SESIONES SEMANALES DE 120 MINUTOS CADA UNA, DE LUNES A VIERNES. INDICADOR:
2 sesiones semanales realizadas x 100= 100%
2 sesiones planificadas

INCLUSO SE HAN TENIDO QUE AUMENTAR EL NÚMERO DE SESIONES SEMANALES DEBIDO A LA DEMANDA DE LOS PRODUCTOS REALIZADOS.
COMPLETAN EL TALLER 3 PERSONAS MÁS DE LAS QUE LO COMENZARON. EMPEZARON 8 Y ACTUALMENTE ASISTEN 11 PERSONAS.

EL PRODUCTO ARTESANAL SE HA COMERCIALIZADO TANTO EN EL HOSPITAL SAN SAN JORGE COMO EN EL PROVINCIAL EN AGOSTO Y EN DICIEMBRE

RESPUESTAS DE LA ENCUESTA:
EL 100% DE LOS USUARIOS CONTESTAN QUE ESTÁN MUY SATISFECHOS CON LA REALIZACIÓN DEL TALLER.
EL 100% CONTESTAN QUE SÍ VAN A SEGUIR PARTICIPANDO EN ÉL.
EL 100% CONTESTAN QUE LA DURACIÓN DE LAS SESIONES LES PARECE ADECUADA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HA CONSEGUIDO LLEVAR A CABO EL PROYECTO EN SU TOTALIDAD Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN TANTO DE USUARIOS COMO DE LOS TRABAJADORES ES MUY ELEVADO. QUEDA PENDIENTE PONERSE EN CONTACTO CON OTROS COLECTIVOS Y BUSCAR LA COLABORACIÓN DE OTRAS ENTIDADES PARA SEGUIR DANDO VISIBILIDAD Y OPORTUNIDADES DE DESARROLLO A LOS USUARIOS QUE PADECEN UN TRASTORNO MENTAL GRAVE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/892 ===== ***

Nº de registro: 0892

Título
CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Autores:
SANZ MALUENDA SONIA, ELBOJ SASO MARTA, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, GRACIA BERCERO CONCEPCION, BELENGUER ABIAN CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA, VELDUQUE BALLARIN ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

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

Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora "Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP Santo Cristo de los Milagros, desarrollado en este centro en el año 2015.

El colectivo de personas con trastorno mental grave parece caracterizarse, en general y muy especialmente en el terreno del acceso al empleo, por una considerable complejidad y discapacidad, Hacer frente a esa situación exige procesos originales e individualizados que permitan intervenciones múltiples y variadas.

La actividad productiva sirve por sí misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales

Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y qué ha servido para fortalecer la autoestima, adquirir el rol de "trabajador", mejorar las habilidades y su calidad de vida.

Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto con nuevos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

Dado el papel múltiple que puede jugar el trabajo en la vida de estos ciudadanos y aunque el ideal sigue siendo una actividad coherente, retribuida y socialmente valorada, parece necesario disponer de alternativas graduadas que permitan una mejor adaptación a la variabilidad del colectivo.

Objetivo general: Mantener el taller pre-laboral, encuadrando siempre la actividad productiva en un marco rehabilitador y orientado hacia la comunidad.

Objetivos específicos:

Organizar el tiempo vital.

Desplazar el rol de la persona enferma al rol de persona trabajadora

Facilitar el desarrollo de relaciones y redes sociales

Mantener la autosuficiencia económica del taller

Mejorar la satisfacción personal y la calidad de vida

Mejorar la autonomía de las personas.

Potenciar el compromiso y su implicación terapéutica

Motivar a los usuarios para el trabajo

Iniciación el mercado laboral/ocupacional

MÉTODO

Metodología: Modelo de competencias

El modelo competencial se basa en los recursos con los que cuenta un individuo para asumir progresivamente nuevos roles, adquirir habilidades y capacidades; en definitiva, adaptarse mejor a los cambios.

Actividades:

SESIONES FORMATIVAS, relacionados con: la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos

ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (fabricación de jabones y velas, fieltro, abalorios)

GESTIÓN Y COMERCIALIZACIÓN, contabilidad, búsqueda de mercados de los productos artesanos (mercado ASAPME, ayuntamiento...)

COLABORACIÓN CON OTRAS ENTIDADES: conocer experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental.

RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO: les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

INDICADORES

1. Grado de Cumplimento:

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

N° de reuniones de trabajo realizadas/ N° de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al inicio y al término del proyecto

3, Existencia del producto artesanal y exportación a la comunidad.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, fases:

1ª FASE DE OCTUBRE 2016 A FEBRERO de 2017:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad.
2. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos
3. Dos sesiones semanales de trabajo artesanal:
4. Reunión mensual de los profesionales
5. Búsqueda de nuevos mercados
6. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
7. Evaluación de la tarea

2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:

1. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
2. Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión semanal
3. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
4. Visita a otros dispositivos con experiencias similares
5. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
6. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos del trimestre

3ª FASE DE JULIO A OCTUBRE DE 2017:

- Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas:
Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
Se pasará de nuevo la encuesta de satisfacción/expectativas a los pacientes, comparándola con la encuesta inicial.
Evaluación final y memoria del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL MORCILLO GRANADO
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ SANZ HELENA
MOREU MAZA DESIRE
VAL LOPEZ ROSARIO
CORDERO GONZALEZ AURELIA
ABARCA GRASA ANA
DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizan actividades manipulativas con diferentes utilidades y en función de las capacidades de cada usuario, enfocadas:
1º a las fiestas locales de San Lorenzo, para su venta en el CRP de Huesca y Hospital de San Jorge y Hospital Provincia. Se elaboran productos como abalorios, muñecos peñistas para camisetas, coleteros, pasadores...
2º las fiestas Navideñas, para su venta en el hospital San Jorge y en el CRP. Elaborando productos artesanales como centros de mesa, adornos para árboles navideños, postales.....
3º productos realizados bajo encargo como han sido jabones artesanales, photocall y decoración de delantales.
-Reunión del personal con el grupo de usuarios que participan para presentarles el proyecto y recoger sus aportaciones.
-Se pasan la evaluación inicial (expectativas del usuario).
-Evaluaciones intermedias con los usuarios, posteriores al cierre de ventas
-Reuniones con los usuarios de forma periódica para tomar decisiones sobre la marcha del taller, productos a trabajar, valoración de lo que se va haciendo, responsabilidades de cada uno, planteamiento de fechas (planificación).
-Reuniones periódicas del equipo del proyecto para ir valorando dificultades y posibles modificaciones.
- Reunión final personal y usuarios para cerrar el proyecto.
- Reunión y planificación para la compra de material e ir a comprarlo.
- Todas estas actuaciones se han llevado a cabo dentro de los tiempos establecidos para su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
- Compromiso del taller por parte de los usuarios:
Se planifica 2/3 sesión semanal, dependiendo de la demanda, de 90 minutos englobada dentro del resto de actividades terapéuticas de la unidad x100= 100%, lo que indica alto compromiso con el proyecto.
- Mejora de la estructuración del tiempo vital y facilitación de desarrollo de relaciones y redes sociales.
Indicadores:
o Asistencia y puntualidad, a través de registros. 95% del total de usuarios, acudiendo con puntualidad.
o Cooperación y trabajo en equipo,, 97% presentan capacidad para trabajar en grupo y el 3% presentan mayor dificultad trabajando en grupo por lo que se individualiza.
o Se observa mejoría en las competencias manipulativas y cognitivas, (atención, memoria de trabajo, planificación y toma de decisiones).
- Mejora de la satisfacción personal, evaluado a través de encuestas de satisfacción. Todos los pacientes muestran satisfacción con el taller, el 83,5% muestran satisfacción elevada y el 16,5 %, moderada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha llevado en su totalidad en los plazos establecidos, consiguiendo los objetivos planificado. En general los usuarios se muestran satisfechos con el taller y con la venta de los productos elaborados, afecto así a su mejora psicopatológica.
Valoramos por su buen funcionamiento y aceptación de los usuarios, que quede instaurado en el centro como actividad terapéutica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1082 ===== ***

Nº de registro: 1082

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Título

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Autores:

MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL, MOREU MAZA DESIREE, VAL LOPEZ ROSARIO, ABARCA GRASA ANA, ESPAÑOL ROSEL BEATRIZ, GOMEZ MORATE ESPERANZA, CORDERO GONZALEZ AURELIA, SANZ SANZ HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de mejora viene a ser la continuidad del proyecto de mejora "Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP de los Milagros desarrollado en este centro desde el 2015.

La actividad productiva sirve por si misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales.

RESULTADOS ESPERADOS

Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y que ha servido para fortalecer la autoestima, la adquisición del rol de trabajador, mejorar las habilidades y su calidad de vida.

Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto para mantener los objetivos e incorporar a nuevos participantes.

MÉTODO

Sesiones formativas, relacionados con la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos

Actividades productivas, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (abalorios, fieltros, madera....)

Gestión y exposición de los productos en la comunidad (Hospital Provincial, Hospital San Jorge)

Colaboración con otras entidades, experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental

Reconocimiento al esfuerzo, les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

INDICADORES

1- Grado de cumplimiento:

cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

Nº de reuniones de trabajo realizadas/Nº de reuniones previstas x 100

Nº de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan

2- Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al principio y termino del proyecto

3- Existencia del producto artesanal y presentación en la comunidad.

DURACIÓN

1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2018.

Evaluación previa, trabajo con pacientes 1 sesión /semana, reuniones mensuales del equipo, elaboración de los productos y 1ª presentación en comunidad para San Lorenzo. En septiembre evaluación de resultados hasta el momento.

2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2018:

Se mantiene igual, excepto que la producción ira encaminada a las fiestas de Navidad.

3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2019:

Se continuara igual con producción especifica según fechas señaladas. Y se pasara encuesta satisfacción/expectativas. Evaluación final y memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1033

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA DE LA FUENTE UTRILLA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COARASA ALMENARA LORENA
MARTINEZ FAU JUANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro de la Rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave en Unidades de Larga Estancia es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer la autonomía. En cuanto al campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos. Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

Propusimos crear un programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games. Para ello se adecuó una sala de estética interactiva con el soporte previamente mencionado, decoración relacionada con la multimedia y mobiliario confortable con el fin de crear un ambiente propicio para el uso y disfrute de estos juegos.

Se inició el proyecto en Julio de 2018 con un total de 6 participantes que ya habían tenido contacto con los videojuegos previamente y aceptaron participar libremente. Cada sesión se llevó a cabo con la presencia de la terapeuta ocupacional y una enfermera/TCAE que dirigían la actividad. Se pasó el test MOCA a cada participante previamente al inicio de las sesiones.

La actividad permite trabajar los aspectos relacionados con la actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo y equilibrio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron un total de 5 sesiones de 60 minutos de duración con los juegos Wii Play y Wii Fifa que teníamos en ese momento, tras la cuales, los pacientes perdieron el interés, principalmente, por las dificultades de adaptación al juego y el hecho de que no les gustaba competir entre ellos, lo que les provocaba frustración y ganas de abandonar el juego al poco rato de haberlo iniciado. En la mayoría de las ocasiones se abandonaba la actividad antes de la hora de finalización.

Hay que destacar que los pacientes que integraban este proyecto presentaban unos niveles previos de apatía, abulia e inactividad altos, sumado al hecho de que tienen dificultades también a la hora de socializar con otras personas. De todas formas, valoraban la novedad y el ambiente creado para la inmersión en el juego. Al poco tiempo, el sensor de la consola se estropeó, por lo que no se podía jugar. Debido a esto y también al cambio de terapeuta ocupacional en el servicio se decidió parar las sesiones y repensar el proyecto para tener más éxito en un intento futuro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a lo comentado anteriormente, con la videoconsola ya arreglada, se decide dar un nuevo enfoque y buscar una nueva población diana, creando grupos más homogéneos y con gustos similares que puedan reforzarse entre sí y estimular la continuidad. Igualmente, empezar con sesiones más cortas de unos 30 minutos 2 veces a la semana para ir integrando la dinámica y evitar agobios.

Se propone un grupo exclusivo de mujeres, otro de personas menores de 35 años y otro de personas mayores de 45 años.

Los indicadores serían los mismos que en el proyecto original: indicador de seguimiento (adherencia al taller), indicador de mejoría (puntuación en el juego al inicio y final del taller), indicador de mejoría (puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller) e indicador de grado de satisfacción (evaluación al finalizar el programa).

7. OBSERVACIONES.

La responsable del proyecto pasa a ser Cristina De la Fuente Utrilla, Terapeuta Ocupacional.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1033 ===== ***

Nº de registro: 1033

Título
UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1033

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:

MOREU MAZA DESIREE, COARASA ALMENARA LORENA, ALEGRE GUERRA BEATRIZ, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La apatía, la abulia, la inactividad física y la institucionalización (con la falta de estimulación que conlleva), son elementos muy presentes en muchos pacientes con trastorno mental grave, que condicionan de manera muy negativa su día a día.

Dentro de la rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer su autonomía. Dentro del campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son mejorar la coordinación, movilidad y resistencia, mejorar las capacidades cognitivas como son la atención, memoria, fluidez verbal, poner en contacto tanto a jóvenes como a mayores con las nuevas tecnologías de una manera lúdica favoreciendo la adherencia a la actividad.

Población diana: usuarios ingresados en la Unidad de Larga Estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros en los que se observa apatía y desinterés por las actividades del centro, sin límite de edad.

MÉTODO

Programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games.
La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 2-3 veces a la semana en sesiones de 60 minutos.
Cada sesión estará dirigida por el equipo de terapia ocupacional/enfermería, con una valoración inicial por parte de la terapeuta ocupacional del centro.
La actividad se realizará a través de estos videojuegos que permitirán trabajar los aspectos que más interesen en cada usuario (actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo, equilibrio...).
El número de usuarios será de 6-8 por sesión.

INDICADORES

Indicador de seguimiento: adherencia al taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuaciones de los juegos al inicio y final del taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller.
Indicador de grado de satisfacción: evaluación al finalizar el programa.

DURACIÓN

Inicio en Junio 2018.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Se ha habilitado una estancia del centro para la realización de esta actividad con una ambientación y decorado atractivas que favorezcan un clima agradable y distendido.

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 - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA BERCERO CONCEPCION
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
CUELLO OLIVAN TERESA
GALINDO LASIERRA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El CRP "Santo Cristo de los Milagros" es un dispositivo específico de rehabilitación psicosocial que forma parte de los recursos de Atención Especializada de Salud Mental. Atiende a personas que sufren un trastorno mental grave de los sectores sanitarios de Huesca y Barbastro. Es un centro de puertas abiertas con espíritu rehabilitador y con objetivos de integración en la comunidad, dirigido a las personas con Trastorno Mental Grave, y su objetivo fundamental es ayudar a mejorar sus habilidades y recursos personales para un mejor y más exitoso funcionamiento en la comunidad, incrementando su salud, autonomía personal y calidad de vida.

El trabajo terapéutico y rehabilitador se realiza mediante intervenciones individuales y grupales sobre distintas áreas y mediante diferentes programas que pretenden alcanzar unos objetivos concretos.

Algunas de las actividades del Programa de Rehabilitación se realizan fuera de sus instalaciones, solos o en grupo, con o sin personal de apoyo, dependiendo de la autonomía del usuario y los objetivos a conseguir. Las actividades que se realizan fuera del centro pueden ser asistenciales y rehabilitadoras. Dada la importancia de las actividades comunitarias en este proceso de rehabilitación, se valora la pertinencia de disponer de un procedimiento que regule los diferentes tipos de salidas que se realizan en el CRP, que unifique la forma de actuación ante cualquier tipo de salidas de todo el personal del CRP, así como mejorar la calidad y celeridad en todas las salidas realizadas siempre en condiciones óptimas de seguridad.

Se han elaborado registros en los que anotar las salidas que se realicen desde el CRP y algoritmo de actuación en los diferentes tipos de salidas.

No se ha podido disponer del procedimiento en el tiempo previsto inicialmente por imposibilidad de coordinar el proyecto hasta el momento de mi incorporación laboral tras una baja maternal, habiéndolo retomado posteriormente y finalizado en febrero de 2019.

? La finalidad de este procedimiento es mejorar los conocimientos del personal gracias a la difusión del procedimiento. Los objetivos del mismo son:

? -Valorar previamente los recursos disponibles y utilizarlos de forma adecuada y con mayor eficacia.

? -Mejorar la información del personal disponible durante el turno en cada jornada en el CRP Santo Cristo de los Milagros de Huesca

-Garantizar el adecuado abordaje y atención de las situaciones que puedan presentarse en el desarrollo de una salida, facilitando la toma de decisiones ante cualquier incidencia.

? -Establecer un sistema de atención y una estructura de coordinación clara, ágil y accesible para la atención y traslado de la urgencia en salud mental.

? -Incrementar la capacidad resolutoria de las situaciones de urgencia en salud mental por parte de los Equipos.

? -Poner a disposición de los profesionales y de las familias un sistema accesible y sencillo a los servicios públicos en caso de urgencia psiquiátrica.

? -Efectuar de la manera más apropiada el traslado del paciente, de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el estado del paciente.

? -Coordinar con el servicio de destino la recepción del paciente, facilitando la información necesaria para la continuidad de cuidados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el procedimiento de salidas del CRP mediante las reuniones del equipo de mejora, así como los registros y algoritmos de actuación.

Queda pendiente realizar sesión de difusión dirigida al personal del CRP del procedimiento elaborado. Se valora que a través de este procedimiento existe una mejor atención a los usuarios, una mejor utilización de recursos disponibles, garantizando los derechos de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora positivamente la elaboración y desarrollo del procedimiento que sirve para estandarizar la actuación ante cualquier tipo de salidas y las competencias de cada profesional. Se recomienda consultar el procedimiento antes de la realización de salidas del CRP para conocer como se actuará. Se consideran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

cumplidos los objetivos planteados al inicio del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Se modifica el título inicial y se denomina finalmente "Procedimiento: salidas del CRP Santo Cristo de los Milagros"

*** ===== Resumen del proyecto 2016/890 ===== ***

Nº de registro: 0890

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GRACIA BERCERO CONCEPCION, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, GRACIA MONTORI ESTHER, CUELLO OLIVAN TERESA, GALINDO LASIERRA JOSE, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

PROBLEMA
Una de las actividades asistenciales de gran importancia en nuestro medio es el acompañamiento terapéutico del paciente.
Por este motivo y por la ubicación de nuestro centro (2,5 km de la ciudad de Huesca) se ha valorado la necesidad de realizar un protocolo en el cual estén definidas las salidas a realizar, medio de transporte a utilizar y personal preciso para las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un protocolo de actuación:
-Estandarización del procedimiento de actuación
-Elaboración de Algoritmo actividades a realizar
-Registro de las salidas realizadas.

MÉTODO
-Revisión de las actuaciones realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos del centro (materiales como humanos)
-Descripción de las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales
-Descripción del protocolo
-Sesión informativa (difusión entre el personal del centro)

INDICADORES
-Reuniones del equipo de mejora
-Documento registro de las salidas cumplimentado correctamente
-Numero de salidas realizadas según protocolo
-Numero de sesiones formativas para el personal

DURACIÓN
Octubre 2016: Revisión bibliográfica de otros protocolos
Noviembre 2016: Reunión inicial del equipo y reparto de tareas
Enero 2017: Elaboración de protocolo (borrador) Revisión por el equipo de trabajo
Marzo 2017: Realizar el documento que refleje el protocolo (Hojas de registro).
Mayo 2017: Sesión informativa en el Centro.
Junio 2017: Implantación del protocolo en el CRP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
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 - 2019/1124

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA DE LA FUENTE UTRILLA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ SANZ HELENA
ALEGRE GUERRA BEATRIZ
BAENA JIMENEZ NIEVES
BEJAR MARIN ENRIQUE
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
GALVEZ CALABRIA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado actividades físicas y/o deportivas adaptándose a las características de cada usuario, al tiempo atmosférico y a los diferentes recursos que se disponen en la comunidad y en el centro.

- Se llevan a cabo salidas a caminar diariamente, de aproximadamente 30 minutos, de todos los usuarios juntos, acompañados con el personal. De junio a septiembre se añadió un segundo paseo a caminar tras la cena, de duración también de unos 30 minutos.

- De junio a septiembre se acude a la piscina 2 veces por semana (lunes tarde y miércoles mañana), fomentando así tanto actividades deportivas como de ocio y en la comunidad (natación y ejercicio en el agua), en estas sesiones de piscina se fomenta ir o volver andando a la piscina, además de realizar ejercicios aeróbicos en el agua (nadar de diferentes maneras, andar en el agua, realizar saltos, estiramientos y ejercicios dinámicos de movimiento corporal).

- De enero a septiembre se estuvo realizando 1 sesión deportiva por semana (viernes por la mañana), de duración 45 minutos, actividad grupal, que consistía en un calentamiento y en realizar un deporte o juego lúdico-deportivo en grupo. En septiembre se inicia el programa de iniciación al running y se aumentan las sesiones. En septiembre esta sesión se quitó y se añadió las sesiones de running.

- Programa de iniciación al running, se comienza el 16 de septiembre y actualmente continua, y se establece 3 días por semana (lunes, miércoles y viernes) sesiones de 45 minutos, estas sesiones consisten primero en un calentamiento formado por ejercicios dinámicos en grupo y en ejercicios de movilización articular, posteriormente se realizan varios grupos para correr o caminar (dependiendo de la motivación y condición física), los grupos de correr se van alternando periodos de trote y periodos caminando para poco a poco ir aumentando resistencia y poder aumentar tiempo y recorrido más largos. Se finaliza las sesiones con estiramientos. Estas sesiones se realizan en colaboración con los alumnos de la universidad de ciencias de la salud y el deporte. Se añade como propuesta igual realizar alguna sesión en el gimnasio de la universidad para así motivarlos más.

- Durante todo el año, exceptuando un parón de junio a septiembre, se lleva a cabo una sesión a la semana (martes por la tarde) en el polideportivo Pio XII, donde se realiza con un monitor gimnasia de mantenimiento y prácticas de diversos deportes.

- Se intenta fomentar el deporte en recursos de la comunidad como son en la piscina o polideportivo Pio XII y en actividades deportivas sociales como son carreras, como ya se han realizado la marcha Aspace (mayo 2019) y la carrera contra el cáncer (octubre de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

- El 68% de los pacientes han disminuido el Índice de Masa Corporal (IMC en adelante) tras la actividad física, por lo que han mejorado su salud física. El objetivo era mejorar la salud física, disminuyendo el IMC en un 20% de los participantes.

El Indicador del % de pacientes que disminuyen el IMC se fijó en el estándar, en un 20%, porque hay muchas otras variables difíciles de controlar (medicación, transgresiones dietéticas entre otras). Superando este porcentaje que se fijó.

Para calcular el porcentaje, el numerador ha sido el número de pacientes que han disminuido IMC tras un año o al alta y el denominador el número de pacientes que han participado en la actividad física.

- Se ha obtenido un ligero aumento, sin ser significativo, de la puntuación global obtenida en la prueba de Screening de Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S); se objetiva una mejoría más acusada en las pruebas que evalúan memoria de trabajo y aprendizaje verbal.

Sin embargo, no se puede concluir que dicha mejoría sea atribuida exclusivamente a la práctica de ejercicio físico, sino que cabe esperar que sea el resultado de varios factores, incluyendo el ejercicio físico, que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1124

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

podrían afectar al funcionamiento cognitivo (por ejemplo, estabilización psicopatológica, taller de estimulación cognitiva, establecimiento de relaciones sociales...).

- Los pacientes están satisfechos con la actividad física. Rellenaron un cuestionario al comienzo del proyecto y al alta o al año del proyecto, observando en los resultados que están satisfechos, que se sienten mejor después de realizar la actividad física, que la principal razón por lo que les gusta realizar ejercicio físico es por salud, estar en forma y por pasar el tiempo de una forma diferente. En la mayoría de los pacientes el esfuerzo que les supone el ejercicio físico es menor que al principio, y cuando les cuesta mayor esfuerzo es debido a un empeoramiento de su situación psicopatológica. Destacando que cuando en algún periodo no han realizado ejercicio físico (como el periodo de navidad), lo han notado en su salud y querían volver a retomarlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, se observa que la práctica de la actividad física en este tipo de pacientes es beneficiosa, valorando este proyecto por sus resultados de forma positiva, adquiriendo en los pacientes una rutina de ejercicio mientras están en el centro, considerando interesante si se pudiera mantener la rutina diaria fuera del centro.

Dado a los resultados se establece el ejercicio físico como actividad regular del centro.

A través de la observación, se ha apreciado una mejora en las relaciones interpersonales, tanto a nivel de cuantitativo como cualitativo, suponiendo mayor comunicación y de forma más distendida entre compañeros, favoreciendo un sentimiento de cohesión grupal, esta apreciación desarrollar en posteriores estudios.

Sería recomendable en futuros estudios, poder comprobar con otros años anteriores, donde no se llevaba a cabo el proyecto de actividad física, si el porcentaje de pacientes que disminuyen su IMC es igual, superior o menor, porque así se comprobaría mejor el impacto de la actividad física en su salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1124 ===== ***

Nº de registro: 1124

Título
EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
GALVEZ CALABRIA MARTA, SANZ SANZ HELENA, ALEGRE GUERRA BEATRIZ, MARGARETO CASQUETE ELENA, BAENA JIMENEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con trastorno mental grave son mucho más sedentarios que la población en general (Stubbs B et al., Schizophr Res ; 171: 103). Esto conlleva un aumento de los trastornos cardiometabólicos con una reducción de la expectativa de vida. Por otra parte, estudios recientes, no todavía suficientemente contrastados, han sugerido que el ejercicio aeróbico potencia la neurogénesis, provocando una mejoría de los síntomas cognitivos y negativos (Panjonk FG et al. Arch Gen Psychiatry 2010; 64: 133-145).

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la salud física
Mejorar la función cognitiva
Mejorar los síntomas negativos
Mejorar los síntomas depresivos
Satisfacción con la actividad física

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1124

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

MÉTODO

- Análisis de la conducta sedentaria al ingreso mediante el cuestionario de actividad física.
- Evaluación antropométrica de los pacientes: IMC, perímetro de cintura abdominal.
- Entrevista motivacional para potenciar el ejercicio físico.
- Iniciar una actividad física progresiva hasta alcanzar las recomendaciones de Consenso de la Organización Internacional de la Terapia Física en Salud Mental: 150 minutos de ejercicio físico por semana de ejercicio aeróbico (entre el 55-80% de la frecuencia cardíaca) repartidos en actividad física individualizada (fundamentalmente caminar cuatro veces a la semana), con una duración de 45 minutos, logrando que este ejercicio sea de tipo aeróbico. La medición de la frecuencia cardíaca sería manual y si es posible también con instrumentos como pulsímetros.
- Se hará un registro individual de la actividad física que tendrá la duración del tiempo que el paciente esté ingresado en la Unidad de Media Estancia.

INDICADORES

Disminuir el IMC y la cintura perimetral
Mediante el test de evaluación cognitiva de pacientes con el trastorno mental grave
Subescala PANSS negativo
Escala de Cagliari
Escala de satisfacción

DURACIÓN

Se hará durante 6 meses y se valorará la continuidad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE VICENTE COMPAIRED TURLAN
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA
NOGUERAS BRAVO ELISA
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE
ZAMORA MUR ALFREDO
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
MOYA PORTE TERESA
ZAZO ROMOJARO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Febrero - junio de 2019:

- adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos.
- cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- ordenación del almacén de farmacia por principio activo.
- unificación de las fichas de los artículos a código H.
- revisión y configuración del módulo de Unidosis y Gestión del Sistema de Farmatools®.

Junio de 2019: formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

Octubre de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría B.

*Recursos materiales: carros de medicación y estantería de medicación para la preparación de los carros (estantería en "U").

*Recursos humanos: un farmacéutico durante el proceso de implantación y un técnico de farmacia desde el inicio de la implantación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado la implantación la prescripción electrónica asistida y la distribución de medicamentos en dosis unitarias en la unidad de geriatría B (24 camas de geriatría de un total de 69).

De esta manera se consigue el objetivo propuesto:

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría = 33%.
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría = 33%.

Para alcanzar este objetivo se han adecuado más de 1.400 fichas de medicamentos en el Maestro de artículos de Farmatools® y se han fusionado cerca de 350 fichas correspondientes al mismo principio activo, vía y forma farmacéutica pero correspondiente a otro código nacional y laboratorio proveedor.

Asimismo, se ha realizado el cambio de la descripción a principio activo en alrededor de 1.000 fichas de medicamentos y se ha ordenado el almacén por orden alfabético de principio activo.

La implantación en geriatría A y geriatría C no ha sido posible debido a la falta del número necesario de carros de medicación. En el momento en que se disponga de los recursos materiales necesarios se llevará a cabo su implementación de forma gradual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La DMDU ligada a la prescripción electrónica se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro. La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento debe ser un objetivo prioritario en cualquier centro sanitario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/469 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Nº de registro: 0469

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
COMPAIRED TURLAN VICENTE, CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, NOGUERAS BRAVO ELISA, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, ZAMORA MUR ALFREDO, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ZAZO ROMOJARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento es un objetivo prioritario de la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud". Entre las prácticas más recomendadas se encuentran la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA), la validación de las prescripciones por el farmacéutico y la dispensación de los medicamentos en dosis unitarias (DMDU). Actualmente, la prescripción en el centro es manual sin validación farmacéutica y la dispensación de medicamentos se realiza por reposición de botiquines. Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación. La DMDU ligada a la PEA permite, tras la validación de la prescripción médica por parte del farmacéutico, preparar desde el servicio de farmacia la medicación necesaria para cada paciente para un período de 24 horas. Posteriormente, la medicación es enviada a las unidades de hospitalización donde será administrada al paciente por el personal de enfermería. La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente y en el que cada fase del sistema es un control de la fase anterior, lo que permite minimizar los errores.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es la implantación de la prescripción electrónica asistida y de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría. Con la consecución de este objetivo se pretende:

- Disminuir los errores de medicación asociados al proceso farmacoterapéutico.
- Optimizar la terapia farmacológica del paciente ingresado.
- Favorecer la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Reducir el stock de medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Contribuir a un mejor control de los costes que favorezca el uso eficiente de los recursos sanitarios.

MÉTODO
- Adecuación de la base de datos de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools®.
- Cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- Unificación de las fichas de los artículos a Código H.
- Revisión y configuración del módulo de Unidosis de Farmatools®.
- Formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%.
-Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%

La consecución de estos objetivos dependerá de los recursos materiales y humanos disponibles.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

- Febrero-mayo de 2019: adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos y configuración del módulo de unidosis.
- Mayo de 2019: formación del personal sanitario.
- Junio de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MONFORTE GASQUE
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABIA FERNANDEZ LAURA
COMPAIRED TURLAN VICENTE
MOYA PORTE TERESA
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
BESCOS LATRE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Abril 2019. Revisión de la bibliografía relativa a dispensación en dosis unitarias y prescripción electrónica.
Responsable: Vicente Compaired Turlán
Se llevó a cabo la revisión de la bibliografía disponible sobre unidosis y prescripción electrónica a través de Pubmed para poder tener los conocimientos teóricos de cuáles son las fases fundamentales para su implantación y correcto funcionamiento.
Algunas de las referencias bibliográficas consultadas fueron:
 1. Errores de prescripción tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida. E. Delgado Silveira et al. Farm Hosp 2007; 31: 223-230
 2. Evaluación de estudios prospectivos sobre errores de medicación en la prescripción: revisión sistemática. Rev Mex Cienc Farm 45 (1) 2014
 3. Implantación de un programa de prescripción médica electrónica en un hospital. Farm Hosp Vol. 26. N.º 6, pp. 327-334, 2002
 4. Nightingale PG, Adu D, Richards NT, Peters M. Implementation of rules based computerised bedside prescribing and administration: intervention study. BMJ 2000; 320: 750-3
 5. Murray MD, Loos B, Tu W, Eckert GJ, Zhou XH, Tierney WM. Effects of computer-based prescribing on pharmacist work patterns. J Am Med Inform Assoc 1998; 5 (6): 546-53
 6. Belles MD, Olivero JM, Castera E, Such I, Abad FJ. Integración del sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria en el sistema de información de la gestión hospitalaria. Farmacia Hospitalaria 1997; 21:157-61
- 2- Mayo-junio 2019. Reunión con supervisoras de planta y Jefe de Servicio de Geriatria.
Responsables: Vicente Compaired Turlán
Se realizó una reunión inicial para poder establecer y definir los pasos necesarios para la implantación del sistema unidosis y prescripción electrónica en el hospital.
En esta reunión se decidió:
 - Inicio prescripción electrónica en Geriatria B como unidad piloto y, posteriormente extensible a las otras dos unidades.
 - Fecha de inicio: lunes 15 de julio 2019
 - Se acuerda realizar formación la semana anterior al inicio.
 - Se acuerda realizar el cambio a principio activo en las 3 unidades de hospitalización y revisar el pacto de Geriatria B.
3. Septiembre 2019: Reunión definitiva, configuración programa, elaboración de protocolos.
Responsables: Mª Pilar Monforte Gasque
Laura Cabia Fernández
Finalmente, no se pudo llevar a cabo la implantación del proceso en la fecha acordada en la primera reunión (15 julio 2019) debido al cambio de responsable de Farmacia.
Las actividades realizadas en este periodo fueron:
 - 3.1. REUNIÓN: la primera semana de septiembre se realizó una nueva reunión en la que se definieron las fechas definitivas para la implantación del proceso y las fases en las que se iba a llevar a cabo:
 - Fecha definitiva de implantación: 16 Octubre 2019
 - Reunión para pacto definitivo del botiquín planta B: 2 Octubre 2019
 - Modificación del botiquín de planta B: 14 Octubre 2019Se definió también el cronograma de trabajo:
 - Hora límite prescripción 13h.
 - Hora límite validación del farmacéutico 13:30h.
 - Preparación cambios y revisión de carros 14h-14:30h
 - Salida de carros y envío a planta a las 14:30h.
 - Los fines de semana se decide preparar el carro para 3 días. Queda pendiente definir la realización del carro de unidosis los días festivos.
- 3.2. ELABORACIÓN DE PNTs: se llevó a cabo la elaboración de Protocolos Normalizados de Trabajo relacionados con la implantación del proceso:
 - ? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA MÉDICA EN DOSIS UNITARIA
 - ? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: ENFERMERÍA
 - ? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA MÉDICA: INGRESO, ALTA Y TRASLADO MANUAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

- ? INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA ELECTRÓNICA
? PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS
- 3.3. CONFIGURACIÓN PROGRAMA: se realizó la configuración de Farmatools Dominion (módulo unidosis). Se definieron: formas farmacéuticas, vías de administración, secuencias horarias, pautas, medicamentos de stock de botiquín, habitaciones, condiciones especiales de dispensación, etc.
- 3.4. CREACIÓN DEL ÁREA UNIDOSIS EN EL SERVICIO DE FARMACIA:
- Disposición espacial del área de unidosis dentro del Servicio de Farmacia.
- Elaboración de presupuestos para la compra de cajetines abatibles para poder almacenar la medicación de unidosis.
4. Octubre 2019: Formación e implantación del proceso
- 4.1. FORMACIÓN: se realizaron 4 sesiones de formación de 4 horas de duración cada una de ellas para el personal: 1 sesión para médicos, 2 sesiones para enfermería y 1 sesión para el personal de Farmacia. En ellas se explicó: las bases metodológicas de los procesos, importancia y ventajas de su implantación, funciones del personal dentro del proceso y una parte práctica sobre el funcionamiento y manejo del programa.
- 4.2. IMPLANTACIÓN: el día establecido en la segunda reunión se llevó a cabo la implantación de la prescripción electrónica y dispensación en dosis unitarias.
5. Noviembre: revisión del proceso de implantación y desarrollo
Se realizaron modificaciones en la configuración del programa:
- Secuencias horarias adaptadas a los horarios del hospital
- Medicamentos de stock de botiquín: todos los medicamentos prescritos "si precisa" pasan a configurarse de stock para que no se dispensen en el carro de unidosis.
5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la implantación del sistema de dosis unitarias y prescripción electrónica se ha validado la prescripción de 226 pacientes durante este periodo.
Se han realizado intervenciones farmacéuticas debido a: suspensión de tratamiento, adecuación de la prescripción, cambio de vía de administración, ajuste a función renal, intercambios terapéuticos y discrepancia en la prescripción.
Resultados de los indicadores:
- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el Servicio Geriatria.
Fuente de datos: Farmatools@
Objetivo: 33%
RESULTADO: 33% (pacientes ingresados en planta de hospitalización B)
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria.
Fuente de datos: Farmatools@
Objetivo: 33%
RESULTADO: 33% (pacientes ingresados en planta de hospitalización B)
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado la implantación del proceso en una de las plantas de hospitalización durante el año 2019. Este sistema supone una mejora en la calidad de la atención farmacoterapéutica de los pacientes ingresados, una disminución de los errores de medicación y la optimización de la terapia farmacológica.
Sería conveniente la extensión del sistema al resto de plantas de hospitalización, consiguiendo que se implantase en el 100% de los pacientes. Sin embargo, esto no es posible actualmente debido a la falta de recursos materiales, y fundamentalmente de recursos humanos.
7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/469 ===== ***

Nº de registro: 0469

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
CAMPAIRD TURLAN VICENTE, CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, NOGUERAS BRAVO ELISA, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, ZAMORA MUR ALFREDO, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ZAZO ROMOJARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento es un objetivo prioritario de la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud". Entre las prácticas más recomendadas se encuentran la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA), la validación de las prescripciones por el farmacéutico y la dispensación de los medicamentos en dosis unitarias (DMDU). Actualmente, la prescripción en el centro es manual sin validación farmacéutica y la dispensación de medicamentos se realiza por reposición de botiquines. Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación. La DMDU ligada a la PEA permite, tras la validación de la prescripción médica por parte del farmacéutico, preparar desde el servicio de farmacia la medicación necesaria para cada paciente para un período de 24 horas. Posteriormente, la medicación es enviada a las unidades de hospitalización donde será administrada al paciente por el personal de enfermería. La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente y en el que cada fase del sistema es un control de la fase anterior, lo que permite minimizar los errores.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es la implantación de la prescripción electrónica asistida y de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría. Con la consecución de este objetivo se pretende:

- Disminuir los errores de medicación asociados al proceso farmacoterapéutico.
- Optimizar la terapia farmacológica del paciente ingresado.
- Favorecer la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Reducir el stock de medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Contribuir a un mejor control de los costes que favorezca el uso eficiente de los recursos sanitarios.

MÉTODO

- Adecuación de la base de datos de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools®.
- Cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- Unificación de las fichas de los artículos a Código H.
- Revisión y configuración del módulo de Unidosis de Farmatools®.
- Formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%.
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%

La consecución de estos objetivos dependerá de los recursos materiales y humanos disponibles.

DURACIÓN

- Febrero-mayo de 2019: adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos y configuración del módulo de unidosis.
- Mayo de 2019: formación del personal sanitario.
- Junio de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN MARINA CASTIELLA GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMPAIRED TURLAN VICENTE
BESCOS LATRE NATALIA
CEBRIAN MANERO ANA
GRACIA BENITO ANGELA CARMEN
MONFORTE GASQUE MARIA PILAR
CABIA FERNANDEZ LAURA
ZAMORA MUR ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por un lado, se revisan todas las fichas de los medicamentos activos en el maestro (Farmatools®). Se cambia la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo y el código nacional asociado por el código de identificación común para hospitales en Aragón. Se actualiza dosis, unidad de medida, forma, dosis máxima, grupo terapéutico, vía de administración, ubicación. Además, se fusionan fichas con el mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica, de los diferentes laboratorios a los que se ha comprado el medicamento. Por otro lado, se reordena el almacén del Servicio de Farmacia por orden alfabético de principio activo; hasta ahora, por nombre comercial. Se elaboran y reparten en Farmacia y en las diferentes unidades, listados con la correspondencia entre principios activos y nombres comerciales disponibles. El calendario marcado se ha cumplido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 4 meses se revisan 1.413 fichas. Tras la fusión de varias de ellas entre sí, correspondientes al mismo medicamento pero de diferente laboratorio, y tras dar de baja las presentaciones ya no disponibles, se registran 1.015 fichas de medicamentos actualizadas. Se reordena el almacén por orden alfabético de principio activo. Por espacio y organización, se separan en el almacén, aunque siguiendo el mismo criterio de orden, las formas inyectables, medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, colirios e inhaladores, jarabes y cremas. Para todos los medicamentos en farmacia se diseñan nuevas etiquetas. La elaboración y difusión de los listados con la correspondencia entre principio activo y nombre comercial, facilita la realización de los pedidos por supervisión de enfermería y su preparación en farmacia. En cuanto a los indicadores (elaboración propia según objetivo deseado):
-Porcentaje de medicamentos descritos por principio activo. Objetivo 100%. Conseguido
-Porcentaje de medicamentos revisados. Objetivo 100%. Conseguido
-Porcentaje de fichas de medicamentos modificadas sobre las que requieren alguna actualización de información. Objetivo 100%. Conseguido.
-Reordenación del almacén de farmacia por orden alfabético de principio activo. Sí/no.Sí

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la actualización de las fichas, la base de datos está preparada para empezar con la prescripción electrónica en el Hospital, garantizando la seguridad. El orden por principio activo favorece una mayor calidad en la gestión del stock en farmacia; evita duplicidades y agiliza inventarios. Lecciones aprendidas: la mejora en la organización del Servicio de Farmacia facilita el trabajo de profesionales y aumenta la eficiencia y seguridad del paciente reduciendo el riesgo de error.

7. OBSERVACIONES.

La coordinadora del proyecto Carmen Marina Castiella García, en el momento actual se encuentra trabajando en el Hospital de Barbastro. Se han añadido como miembros del proyecto a Pilar Monforte, Laura Caba y Alfredo Zamora por su incorporación al equipo después del plan inicial, sustituyendo a Elisa Noguerras, María Jose García y Begoña Ayala.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/471 ===== ***

Nº de registro: 0471

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019

Título

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN

Autores:

CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, COMPAIRED TURLAN VICENTE, NOGUERAS BRAVO ELISA, GRACIA BENITO ANGELA CARMEN, GARCIA VARONA MARIA JOSE, CEBRIAN MANERO ANA, BESCOS LATRE NATALIA, AYALA LOPEZ BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, gran parte de los medicamentos utilizados en el Hospital están registrados en el sistema de gestión del Servicio de Farmacia y ordenados por orden alfabético en el almacén, por nombre comercial (en vez de por principio activo), con su correspondiente código nacional como código asociado. Esto supone un problema para la implantación de la prescripción electrónica, con la que se pretende comenzar próximamente. Además, en muchos casos, existen varias fichas para un mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica como consecuencia de haber tenido que pedir a lo largo del tiempo, el mismo medicamento a diferentes laboratorios, creando un registro nuevo por cada laboratorio diferente al que se ha solicitado la medicación. Este hecho dificulta la gestión de los pedidos así como del inventario real de la farmacia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Actualizar en el maestro de artículos (Farmatools®) la información de las fichas de cada medicamento empleado en el Hospital (principio activo, dosis, vía de administración, forma farmacéutica y grupo terapéutico).
- Disponer de una ficha por especialidad farmacéutica con el código de identificación común para hospitales de Aragón, en la que se incluyan las distintas ofertas y donde poder consultar los movimientos de dicho medicamento independientemente del proveedor.
- Ordenar el almacén de Farmacia siguiendo el orden alfabético de los principios activos.
- Implementar la petición de medicamentos por parte de los servicios, por principio activo.

MÉTODO

- Reparto de listados con los nombres comerciales de los medicamentos y sus correspondientes principios activos a las diferentes unidades y explicación de los mismos.
- Revisión de todas las fichas activas del maestro de artículos del Servicio de Farmacia.
- Cambio de la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo.
- Unificación y fusión de fichas, cambiando el código nacional por el código H, sistema unificado de códigos de medicamentos en Aragón.
- Revisión de dosis, forma farmacéutica, grupo terapéutico y vías de administración de cada medicamento para actualizar y adecuar la base de datos.
- Reordenación del almacén del Servicio de Farmacia, siguiendo orden alfabético de principio activo e identificación con nuevo etiquetado.

INDICADORES

- Porcentaje de medicamentos descritos por principio activo. Objetivo 100%.
- Porcentaje de medicamentos revisados. Objetivo 100%
- Porcentaje de fichas de medicamentos modificadas sobre las que requieren alguna actualización de información. Objetivo 100%
- Reordenación del almacén de farmacia por orden alfabético de principio activo. Sí/no.
- Reetiquetado de los medicamentos por principio activo. Sí/no.

DURACIÓN

Enero: reparto de los listados con nombre comercial y principio activo a las plantas e información del plan a seguir.
Enero-mayo: revisión de todas las fichas de medicamentos y actualización de las mismas.
Mayo: cambio de orden del almacén del Servicio de Farmacia y reetiquetado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE YOLANDA PUERTOLAS GÜERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CLAVER ANA ISABEL
AURIA GENZOR GEMA
UBIETO COMENGE MARIA LOURDES
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
BRETOS FAÑANAS SILVIA
ASUN ASPIROZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Revisión Bibliográfica en bases de datos biomédicas.
2.- Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.
3.- Seguimiento durante un año de los pacientes que han sido portadores de vía subcutánea.
4.- Monitorizar el uso de dos tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes.
5.- Presentación mediante sesión clínica y taller.
6.- Elaboración de una lista de fármacos para su uso por vía subcutánea.
Pendiente de finalización:
1.- Establecer los criterios de elección de la zona de punción.
2.- Elaborar los niveles de evidencia y grados de recomendación de esta técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.-Generación de evidencia durante un año: desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017 con la recogida de datos mediante un estudio descriptivo-prospectivo.
2.- Medición de los cinco indicadores establecidos en el proyecto.
3.- Hemos aumentado en nuestro hospital la administración de fármacos por esta vía de manera eficaz y segura.
4.- Beneficio obtenido en la bioseguridad y confort del paciente por el uso de la palomilla de vialón frente a la metálica.
5.- El uso de la palomilla de vialon resulta más ventajosa económicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.-Falta evidencia científica en cuanto a los cuidados enfermeros requeridos por los pacientes portadores de una vía subcutánea.
2.- Falta, así mismo, evidencia científica en la utilización de la vía subcutánea tanto para la hidratación como para la administración de fármacos.
3.- Queda pendiente finalizar las recomendaciones y niveles de evidencia de esta guía.
4.- Queda así mismo pendiente la divulgación del proyecto finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/45 ===== ***

Nº de registro: 0045

Título
ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Autores:
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, CABRERO CLAVER ANA ISABEL, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, BRETOS FAÑANAS SILVIA, NOGUERAS BRAVO ELISA, ASUN ASPIROZ TERESA, UBIETO COMENGE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cuidados paliativos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

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 utilización de la vía subcutánea para la administración de tratamientos supone un alto riesgo para la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario. No obstante el uso correcto de esta vía puede ser muy beneficioso en la práctica clínica.

Pretendemos elaborar una guía de práctica clínica para la administración óptima de los tratamientos indicados por vía subcutánea. Esta guía nos permitirá:

- Evitar los accidentes biológicos derivados de la utilización de esta técnica.
- Mejorar el confort del paciente sin disminuir la eficacia del tratamiento. (Menos contenciones mecánicas, menos técnicas invasivas, menos dolorosa...)
- Racionalizar las cargas de trabajo.
- Disminuir las complicaciones y efectos adversos que se derivan del uso de otras vías (oral, iv...)
- Ser eficientes, optimizando y racionalizando el uso de los recursos.
- Elaborar una guía de uso adecuado de fármacos que pueden administrarse por esta vía.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es elaborar una guía que facilite el uso correcto de la vía subcutánea en el tratamiento de los pacientes, de manera segura y sin disminuir la eficacia terapéutica de los fármacos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.

Monitorizar el uso de varios tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes, así como los diferentes métodos de fijación del catéter.

Establecer, según la evidencia científica, los criterios de elección de zona de punción dependiendo del tratamiento a administrar.

Elaborar un documento de criterios de inclusión de pacientes tributarios del uso de esta vía.

Presentación mediante sesión clínica a los profesionales del Centro.

INDICADORES

- Nº de profesionales con accidente biológico/nº profesionales del centro desde 2007 hasta 2016.
- Nº de pacientes que han sido tratados mediante vía subcutánea durante el año 2016..
- Nº de pacientes que han presentado efectos adversos secundarios al uso de esta vía.
- Coste económico de la técnica
- Coste en tiempo de enfermería

DURACIÓN

- Inicio de recogida de datos: marzo 2016
- Finalización de recogida de datos: enero 2017
- Marzo 2016: revisión bibliográfica
- Febrero 2017 :evaluación de datos recogidos e indicadores
- Marzo-abril 2017: elaboración de la guía de práctica clínica.
- Mayo 2017: presentación de la guía a los profesionales del Centro.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA PUERTOLAS GÜERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABRERO CLAVER ANA ISABEL
AURIA GENZOR GEMA
UBIETO COMENGE MARIA LOURDES
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
BRETOS FAÑANAS SILVIA
ASUN ASPIROZ TERESA
NOGUERA BRAVO ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actividades previas a la elaboración de la guía: constitución equipo de mejora, búsqueda bibliográfica, selección de bibliografía, reparto de tareas. Esta parte ha sido muy laboriosa lo que motivó un alargamiento de los plazos previstos
2. Elaboración de la guía de práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea.
3. Elaboración y distribución de una encuesta, entre los pacientes usuarios de vía subcutánea y/o cuidadores, durante dos meses, para conocer su grado de satisfacción.
4. Seguimiento durante un año de los pacientes que han sido portadores de vía subcutánea.
5. Monitorizar el uso de dos tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes.
6. Presentación mediante sesión clínica y taller, planificado para el próximo año, por problemas de agenda del hospital.
7. Elaboración de una lista de fármacos para su uso por vía subcutánea.
8. Establecer los criterios de elección de la zona de punción.
9. Elaborar los niveles de evidencia y grados de recomendación de esta técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

- 1.- Generación de evidencia durante un año: desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017 con la recogida de datos mediante un estudio descriptivo-prospectivo.
- 2.- Medición de los cinco indicadores establecidos en el proyecto.
- 3.- Hemos aumentado en nuestro hospital la administración de fármacos por esta vía de manera eficaz y segura.
- 4.- Beneficio obtenido en la bioseguridad y confort del paciente por el uso de la palomilla no metálica frente a la metálica.
- 5.- El uso de la palomilla no metálica resulta más ventajosa económicamente.

Valor de Indicadores

- Indicador 1:
nº profesionales del Hospital con accidente biológico 2007-2016: total 10, de los cuales 6 son por uso de vía subcutánea.
- Indicador 2:
nº de pacientes tratados con vía subcutánea durante 2016: de febrero a septiembre de 2016 un total de 65 pacientes.
- Indicador 3:
nº pacientes con efectos adversos por el uso de la vía subcutánea: 4 pacientes.
- Indicador 4:
Coste económico de la técnica(material):
PALOMILLA METÁLICA: 1,27 €
PALOMILLA NO METÁLICA: 3,69 €
- Indicador 5:
coste en tiempo de enfermería: 4'24''

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Falta evidencia científica en cuanto a los cuidados enfermeros requeridos por los pacientes portadores de una vía subcutánea.
- 2.- Falta, así mismo, evidencia científica en la utilización de la vía subcutánea tanto para la hidratación como para la administración de fármacos.
- 4.- El próximo año 2019 se realizarán sesiones clínicas y un taller (solicitada acreditación) para la divulgación del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/45 ===== ***

Nº de registro: 0045

Título
ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Autores:
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, CABRERO CLAVER ANA ISABEL, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, BRETOS FAÑANAS SILVIA, NOGUERAS BRAVO ELISA, ASUN ASPIROZ TERESA, UBIETO COMENGE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cuidados paliativos
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 utilización de la vía subcutánea para la administración de tratamientos supone un alto riesgo para la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario. No obstante el uso correcto de esta vía puede ser muy beneficioso en la práctica clínica.

Pretendemos elaborar una guía de práctica clínica para la administración óptima de los tratamientos indicados por vía subcutánea. Esta guía nos permitirá:

- Evitar los accidentes biológicos derivados de la utilización de esta técnica.
- Mejorar el confort del paciente sin disminuir la eficacia del tratamiento. (Menos contenciones mecánicas, menos técnicas invasivas, menos dolorosa...)
- Racionalizar las cargas de trabajo.
- Disminuir las complicaciones y efectos adversos que se derivan del uso de otras vías (oral, iv...)
- Ser eficientes, optimizando y racionalizando el uso de los recursos.
- Elaborar una guía de uso adecuado de fármacos que pueden administrarse por esta vía.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es elaborar una guía que facilite el uso correcto de la vía subcutánea en el tratamiento de los pacientes, de manera segura y sin disminuir la eficacia terapéutica de los fármacos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.

Monitorizar el uso de varios tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes, así como los diferentes métodos de fijación del catéter.

Establecer, según la evidencia científica, los criterios de elección de zona de punción dependiendo del tratamiento a administrar.

Elaborar un documento de criterios de inclusión de pacientes tributarios del uso de esta vía.

Presentación mediante sesión clínica a los profesionales del Centro.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

- Nº de profesionales con accidente biológico/nº profesionales del centro desde 2007 hasta 2016.
- Nº de pacientes que han sido tratados mediante vía subcutánea durante el año 2016..
- Nº de pacientes que han presentado efectos adversos secundarios al uso de esta vía.
- Coste económico de la técnica
- Coste en tiempo de enfermería

DURACIÓN

- Inicio de recogida de datos:marzo 2016
- Finalización de recogida de datos: enero 2017
- Marzo 2016: revisión bibliográfica
- Febrero 2017 :evaluación de datos recogidos e indicadores
- Marzo-abril 2017: elaboración de la guía de práctica clínica.
- Mayo 2017: presentación de la guía a los profesionales del Centro.

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 - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
- 2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
- 3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
- 4- Elaboración o modificación de los nuevos Registros de Enfermería, según la información obtenida.
- 5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que revisen, opinen y/o propongan modificaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación, con información clara y concisa:
 - Valoración de Enfermería
 - Gráfica de Constantes
 - Hoja de Recogida de Procedimientos
 - Informe de Continuidad de Cuidados
 - Registro de Curas

Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

- 2.- Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.
- 3.- Incorporación de items que completen la información.
- 4.- Reducción del tiempo de anotación, pudiendo dedicar mayor tiempo a la atención directa al usuario.
- 5.- Disminución del número de hojas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Nuestros Registros constituirán un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
- 2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
- 3.- Queda pendiente la aprobación de los nuevos Registros de Enfermería por la Comisión de Historias Clínicas.
- 4.- Queda así mismo pendiente la divulgación del proyecto finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:
RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA

Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES

Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016

Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos: Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro: Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 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 - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
- 2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
- 3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
- 4- Elaboración y modificación de los nuevos registros de enfermería, según la información obtenida.
- 5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que las revisen y opinen y/o propongan modificaciones.
- 6.- Realización de sesiones clínicas para su presentación y divulgación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa:
Valoración de Enfermería
Gráfica de Constantes
Hoja de recogida de procedimientos
Informe de Continuidad de Cuidados
Registro de Curas

Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.

Incorporación de items que completan la información.

Reducción del tiempo de cumplimentación, pudiendo dedicar más tiempo a la atención directa al usuario.

Disminución del número de hojas de la historia clínica.

Los nuevos registros de enfermería han sido aprobados por la Comisión de Historias Clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Nuestros nuevos registros constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
- 2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, son documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
- 4.- Los nuevos registros de enfermería son una herramienta de trabajo que permiten realizar la labor enfermera de una forma más ágil, precisa y objetiva.
- 5.- El grupo de trabajo elaborador de los nuevos registros de enfermería, hemos detectado la necesidad de reevaluar periódicamente dichos registros adaptándolos a las necesidades asistenciales cambiantes.
- 6.- Unos registros de enfermería de calidad, permiten al equipo multidisciplinar que trata al paciente, obtener de forma eficiente toda la información que precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA

Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES

Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.
Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 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 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 - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
- 2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
- 3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
- 4- Elaboración y modificación de los nuevos registros de enfermería, según la información obtenida.
- 5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que las revisen y opinen y/o propongan modificaciones.
- 6.- Realización de sesiones clínicas para su presentación y divulgación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa:
Valoración de Enfermería
Gráfica de Constantes
Hoja de recogida de procedimientos
Informe de Continuidad de Cuidados
Registro de Curas

Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.

Incorporación de items que completan la información.

Reducción del tiempo de cumplimentación, pudiendo dedicar más tiempo a la atención directa al usuario.

Disminución del número de hojas de la historia clínica.

Los nuevos registros de enfermería han sido aprobados por la Comisión de Historias Clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Nuestros nuevos registros constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
- 2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, son documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
- 4.- Los nuevos registros de enfermería son una herramienta de trabajo que permiten realizar la labor enfermera de una forma más ágil, precisa y objetiva.
- 5.- El grupo de trabajo elaborador de los nuevos registros de enfermería, hemos detectado la necesidad de reevaluar periódicamente dichos registros adaptándolos a las necesidades asistenciales cambiantes.
- 6.- Unos registros de enfermería de calidad, permiten al equipo multidisciplinar que trata al paciente, obtener de forma eficiente toda la información que precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA

Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES

Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.
Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 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 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 - 2016/0235

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE LUCIA MORLANS GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UBIS DIEZ ELENA
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Elaboración de protocolo que integra instrumentos de valoración funcional, cognitiva, social identificando asimismo, criterios de fragilidad y estimación de mortalidad a medio y largo plazo para realizar a los pacientes subsidiarios de TAVI
2) Valoración, por parte de dos geriatras, de los pacientes con estenosis aórtica severa derivados desde Cardiología del Hospital San Jorge y Barbastro
3) Redacción y envío de un informe con las conclusiones post valoración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) Redacción del protocolo: SI
2) Valoración en el plazo de una semana al 90% de los pacientes derivados: NO
3) Aplicación del protocolo al 100% de los paciente derivados: SI
4) Redacción y envío del informe al servicio de referencia en al 100% de los casos: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El procolo redactado ha resultado de fácil aplicación en los pacientes, y hemos apreciado homogeneidad en las decisiones de los facultativos que realizaban la valoración
La presión asistencial del Servicio de Geriatria ha hecho imposible la valoración del 100% de los paciente en el plazo de una semana. Si bien es cierto que este hecho no ha supuesto un retraso en el proceso de implantación TAVI, ya que el informe se redactaba y enviaba en 24 horas al servicio de referencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/235 ===== ***

Nº de registro: 0235

Título
VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Autores:
MORLANS GRACIA LUCIA, UBIS DIEZ ELENA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Ancianos
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

Más de la mitad de los pacientes octogenarios con EA severa son tratados mediante terapia conservadora (tratamiento paliativo que no mejora el pronóstico vital), cuando, aunque no son aptos para recibir el tratamiento convencional mediante cirugía, sí podrían beneficiarse del reemplazo valvular por vía percutánea (TAVI). Una valoración geriátrica integral es fundamental para el abordaje efectivo y eficiente de estos pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0235

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

identificando aquellos que podrían beneficiarse de dicha alternativa y descartando aquellos en los que la esperanza de vida sea inferior a un año.

Este hecho convierte al TAVI en el paradigma del enfoque multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar la variabilidad en la valoración de los pacientes subsidiarios de TAVI en el sector de Huesca mediante el diseño y redacción de un protocolo que integre instrumentos de valoración funcional, cognitiva, social identificando asimismo, criterios de fragilidad y estimación de mortalidad a medio y largo plazo.

Responder de forma rápida y eficaz a la solicitud de colaboración por parte de los cardiólogos de nuestro sector.

MÉTODO

- 1) Diseño y redacción de un protocolo para valoración geriátrica integral del paciente subsidiario de TAVI.
- 2) Valoración, por parte de dos geriatras, de los pacientes con estenosis aórtica severa derivados desde Cardiología del Hospital San Jorge en el plazo de una semana.
- 3) Redacción y envío de un informe con las conclusiones post valoración.

INDICADORES

- 1) REDACCIÓN DE PROTOCOLO SI/NO
- 2) VALORACIÓN EN EL PLAZO DE UNA SEMANA AL 90% DE LOS PACIENTES ENVIADOS SI/NO
- 3) APLICACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL 100% DE LOS CASOS. SI/NO
- 4) REDACCIÓN Y ENVÍO DEL INFORME AL SERVICIO DE REFERENCIA EN EL 100% DE LOS CASOS SI/NO

DURACIÓN

SEPTIEMBRE DE 2016: DISEÑO Y REDACCIÓN DEL PROTOCOLO

OCTUBRE 2016-MAYO 2017: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO

MAYO 2017: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/1128

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE NIEVES DOZ SAURA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUILEZ PINA RAQUEL
GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE
NOGUERAS BRAVO ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Para la realización del protocolo se creó un equipo multidisciplinar de mejora liderado por la enfermera responsable de la administración y control del hierro i.v.. Participan además en el grupo: Geriatras, Farmacéutica, enfermeras y auxiliar de enfermería
- En principio se realizó una búsqueda bibliográfica y de otros protocolos similares.
- Con la información obtenida se adaptó al paciente geriátrico y la contexto de un Hospital de día geriátrico.
- Se elaboró el protocolo, se revisó por la Unidad de Calidad y a se aprobó por la dirección de enfermería
- Se realizó una sesión informativa en el Hospital de Día
- Se ha elaborado una tabla resumen que se colocará en un sitio visible para el personal responsable de administrar el hierro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo elaborado y difundido: SI
Número de pacientes de HDG tratados con Fe IV: 12
Número de dosis administradas: 30
% pacientes con todos los registros cumplimentados: 100%
Reacciones adversas tras los 30 minutos de la administración: 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de un protocolo de administración de Fe IV ha sido muy util para unificar criterios en la administración y para llevar a cabo todas las actividades descritas por parte de los responsables designados. Cuando se aplica adecuadamente el protocolo, las reacciones adversas disminuyen practicamente en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1128 ===== ***

Nº de registro: 1128

Título
PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

Autores:
DOZ SAURA NIEVES, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, NOGUERAS BRAVO ELISA, GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE, LEDO BLASCO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anemia ferropénica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1128

1. TÍTULO

PROTOKOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

PROBLEMA

La anemia ferropénica es un síntoma/enfermedad muy prevalente en nuestro medio, más aún tratándose de pacientes geriátricos. Cada vez los facultativos de nuestro Hospital prescriben más el Hierro intravenoso. Se decidió por consenso que la administración del Hierro intravenoso de forma ambulatoria se administrara en el Hospital de Día de Geriatria. Para la realización de esta práctica que precisa cuidados especiales, es necesario redactar un protocolo de actuación y difundirlo para que todos los profesionales implicados (Geriatras, farmacéutica, enfermeras y auxiliares) tengan conocimiento de él. De esta manera se asegura la realización de forma homogénea para mayor seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Administración del Hierro intravenoso en las mejores condiciones posibles en el Hospital de Día de Geriatria.
- Mejorar la seguridad del paciente geriátrico ambulatorio en todos aquellos a los que se les prescriba hierro endovenoso.

MÉTODO

- Para la realización del protocolo se crea un equipo multidisciplinar de mejora liderado por la enfermera responsable de la administración y control del hierro i.v.. Participan además en el grupo: Geriatras, Farmacéutica, enfermeras y auxiliar de enfermería
- En principio se realiza una búsqueda bibliográfica y de otros protocolos similares que habrá que adaptar a nuestro tipo de paciente geriátrico y a nuestro ámbito Hospital de Día.
- Una vez elaborado el protocolo, se pasará para su revisión a la Unidad de Calidad y a la Dirección para su aprobación
- Se difundirá en una Sesión interna del Hospital de Día
- El algoritmo resultante se colocará en sitio visible

INDICADORES

CRITERIOS EVALUACIÓN:

- Control de constantes antes, durante y después de la infusión
- Registro documental de los controles
- Asegurar que consta historia de alergia e hipersensibilidad
- Asegurar cita para visita médica posterior de control
- Registrar incidentes y efectos adversos en hoja enfermería y en SINASP

INDICADORES:

- Nº pacientes tratados según procedencia
- % pacientes con la totalidad de registros cumplimentados
- % pacientes que sufren algún efecto adverso durante o en los 30 minutos posteriores a la perfusión

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica: Nov. 2016
- Redacción del protocolo y difusión en Hospital de Día G.: Dic 2016
- Comienzo de los registros: 1 /01 /2017
- Registro de efectos adversos: desde 01/01/2017
- Evaluación semestral y reunión del equipo de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1373

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO
MALLEEN DIAZ DE TERAN MARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado la literatura sobre instrumentos que puedan ayudar a detectar el anciano que más se puede beneficiar de un ingreso en un Servicio de Geriatria, encontrando los instrumentos ISAR y TRST. Tras analizar una revisión crítica publicada recientemente en este país, consideramos que con efectos prácticos podía ser más operativo describir unos criterios de pacientes en los que su situación funcional como consecuencia de su enfermedad se podría ver más comprometida, y por tanto mayor beneficio podrían encontrar con su ingreso en camas de geriatría.

Estos criterios se enviaron al servicio de Urgencias comentando los posibilidades de su incorporación, estando pendientes en este primer trimestre divulgarlos y ponerlos en práctica.

Otro punto difícil de resolver es el determinar el circuito de aquellos pacientes que pese a cumplir criterios de ingreso en el S° de Geriatria deben ingresar en el S° de Medicina Interna, por no disponer de camas en el momento de su ingreso. En este supuesto se está trabajando en este momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso con el S° de Urgencias del Hospital San Jorge sobre el tipo de paciente a trasladar al S° de Geriatria el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los instrumentos publicados en la literatura, son de difícil aplicación en S° Urgencias y no cuentan en la actualidad con la suficiente precisión diagnóstica para ser de utilidad clínica., por lo que preferimos diseñar unos criterios basados en la experiencia clínica propia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1373 ===== ***

N° de registro: 1373

Título
ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO, MALLEEN DIAZ DE TERAN MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología aguda
Línea Estratégica ..: Adecuación
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: INTERDISCIPLINARES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urgencias inicialmente preparado para atender patología aguda y grave se enfrentan día a día y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1373

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

cada vez con más frecuencia a pacientes con múltiples enfermedades, reagudizaciones de enfermedades crónicas y ancianos frágiles.

El número de visitas al Servicio de Urgencias ha ido aumentando en las últimas décadas. Actualmente se estima que la población anciana origina entre el 15-25 % del total de la carga asistencial en este sector.

La formación del médico de Urgencias no debe centrarse únicamente en el proceso agudo sino que debe reconocer las peculiaridades del paciente geriátrico para su adecuada derivación y que éste se beneficie de la atención en un Servicio de Geriatria..

Por todo ello es necesario la unificación de criterios entre los especialistas de los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatria para que la calidad asistencial resulte lo mas eficaz y eficiente posible.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar un protocolo consensuado entre los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatria de adecuación de ingreso de los pacientes mayores de 80 años.
2. Una vez realizado el protocolo formar y difundir dicho proyecto a los profesionales sanitarios implicados para su cumplimiento.

MÉTODO

1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reuniones de equipo con le representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo.
3. Elaboración del protocolo
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico desde el Servicio de Urgencias.

INDICADORES

Evaluar la adecuación de la derivación desde la implantación del protocolo.

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: 1 de junio de 2017
Fecha de fin del proyecto: 1 de junio de 2018

ACCIONES Y CALENDARIO PREVISTOS

1. Búsqueda bibliográfica durante el mes de junio de 2017 por todos los integrantes del equipo de mejora
2. Reuniones de equipo con el representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo: tras la búsqueda de bibliografía y durante los 6 últimos meses del año 2017
3. Elaboración del protocolo por todos los integrantes del equipo de mejora durante los 6 últimos meses del año 2017
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico. Se llevará a cabo tras la elaboración del protocolo por los componentes del equipo de mejora durante los 3 primeros meses del 2018
5. Implantación del protocolo: tras la realización de las sesiones formativas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1621

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN LUESMA CASAÑOLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO ARTIEDA ALMUDENA
MARTIN GROS LOURDES
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA
BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD
LERA DEL AMO JAVIER
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 talleres para adiestramiento de cuidadores principales en los que han participado fundamentalmente familiares y cuidadores de pacientes ingresados en el Hospital Sdo Corazón de Jesús de Huesca. En todos ellos se ha pasado una encuesta de satisfacción con los contenidos y la metodología del taller. Se ha elaborado el cuadernillo con un resumen del taller para dar a los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

10 talleres impartidos
130 participantes
% encuestas cumplimentadas: 98% que muestran satisfacción muy elevada
Elaboración folleto: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La coordinación entre trabajadores y cuidadores ha sido fundamental para entender mejor las necesidades del paciente y mejorar progresivamente la atención que se presta.

Los objetivos planteados, se han cumplido:

- Mejorar la accesibilidad a la formación de cuidadores
- Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador
- Mejorar la percepción que el usuario tiene de nuestro hospital y del SALUD
- Mejorar la imagen del centro en la sociedad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1621 ===== ***

Nº de registro: 1621

Título
ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

Autores:
LUESMA CASAÑOLA CARMEN, AURIA GENZOR MARIA GEMA, PUEYO ARTIEDA ALMUDENA, MARTIN GROS LOURDES, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD, LERA DEL AMO JAVIER, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Riesgo de dependencia
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1621

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

PROBLEMA

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca presta una asistencia centrada fundamentalmente en la asistencia al paciente geriátrico en todo su proceso asistencial:

- Pacientes con enfermedades agudas o descompensación de enfermedades crónicas
- Pacientes que precisan cuidados de larga duración
- Pacientes con enfermedades en fase avanzada y/o irreversible
- Pacientes que requieren RHB (fundamentalmente patología neurológica y traumatológica).

Al alta, en la continuidad de cuidados al domicilio, el cuidador/familia es el principal apoyo del paciente. Para que este apoyo se de en las máximas condiciones de calidad y de seguridad tanto para el paciente como para el propio cuidador, es necesario un adiestramiento y una formación adecuada.

Desde el año 2009 se vienen realizando en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de forma periódica unos talleres dirigidos a tal fin. La encuesta de satisfacción revela unos resultados muy positivos. De sus comentarios se deduce que podría obtenerse un mayor beneficio documentando los conocimientos que se ofrecen porque algunos cuidadores por sobrecarga de trabajo o incompatibilidad horaria no pueden asistir de forma presencial. Podría tratarse también de recuerdo de algunos de los aspectos tratados en el taller.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

- Elaboración de un documento formativo, sencillo y visual con un resumen de los conocimientos impartidos en los talleres de adiestramiento de cuidadores

Otros objetivos:

- Mejorar la accesibilidad a la formación de cuidadores
- Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador
- Mejorar la percepción que el usuario tiene de nuestro hospital y del SALUD
- Mejorar la imagen del centro en la sociedad

MÉTODO

- Continuar con los talleres que se vienen ofertando
- Revisar encuesta de satisfacción, dejando pregunta abierta para detectar aspectos del cuidado no tratados y demandados
- Intentar grabación de sencillos vídeos de los aspectos más prácticos y útiles del taller

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Elaboración del documento formativo con dependencia o riesgo de dependencia	Se ha elaborado un documento y se entrega a los pacientes dados de alta	>40% (se comenzará a entregar en octubre)
Satisfacción con los talleres de este taller	Resultado de la encuesta: recomendaría a otros cuidadores la asistencia a este taller	>90%

DURACIÓN

- Julio 2017: reunión del equipo de mejora ya constituido para seleccionar aspectos formativos más importantes que deba contener el documento. Cada subgrupo profesional se encargara de los temas de su competencia
- Septiembre 2017: puesta en común
- Octubre 2017: puesta en marcha del primer borrador, acompañado de encuesta de satisfacción.
- Enero 2018: evaluación y detección de áreas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD BALLABRIGA ESCUER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO ARTIEDA ALMUDENA
QUILEZ PINA RAQUEL
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
MOYA PORTE TERESA
ALLUE GRACIA MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

TALLERES PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ACTUALIZACION DE HERIDAS CRÓNICAS
CREACIÓN DE AGENDA PROPIA DE CITACIÓN
AMPLIACIÓN DE LA BASE DE DATOS REALIZADA POR LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRÓNICAS PARA FACILITAR LA ELABORACIÓN DE INDICADORES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR: PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN EL ORIGEN DE LA DEMANDA:

-A PETICIÓN FAMILIAR:16,6%

-C.S. ABIEGO: 0,8%

C.S. ALMUDEVAR: 3,9%

-C.S. AYERBE: 1,6%

-C.S. BARBASTRO: 0,8%

-C.S. BERDÚN: 0,8%

-C.S. BIESCAS: 3,8%

- C.S. BROTO: 0,8%

-C.S. GRAÑEN: 3.1%

-C.S. PERPETUO SOCORRO: 7%

-C.S. PIRINEOS: 7%

C.S. SABIÑÁNIGO% 10,1%

C.S. SANTO GRIAL: 6,3%

C.S. SARIÑENA: 4,7%

HUESCA RURAL: 3,9%

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS:18%

HOSPITAL SAN JORGE: 9,4%

EL INDICADOR DE PORCENTAJE DE HERIDAS QUE EPITELIZAN POR COMPLETO EN UN AÑO, HA SIDO CAMBIADO POR: MOTIVO DEL ALTA

DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2017:

-EPITELIZACIÓN TOTAL: 56%

-VALORACIONES Y CONTINUIDAD EN SU CENTRO DE SALUD: 20%

-FASE DE EPITELIZACIÓN: 20%

-INGRESO HOSPITALARIO: 4%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Unidad de Heridas no está todavía incluida en cartera de Servicios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Dado el volumen que atiende y que según se comprueba en los indicadores se ha convertido en una Unidad de referencia para el Sector. Queda pendiente el registro de todas las consultas no presenciales(telefónicas e imágenes enviadas por vía telemática).

7. OBSERVACIONES.

Se debería incluir la Unidad de Heridas Crónicas dentro de la Cartera de servicios del Hospital.

Formalizar nuevos proyectos: Heridas asociadas a patología autoinmune y unidad de pie diabético

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1635 ===== ***

Nº de registro: 1635

Título
CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD, PUEYO ARTIEDA ALMUDENA, QUILEZ PINA RAQUEL, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ALLUE GRACIA MIGUEL, LUESMA CASAÑOLA CARMEN, MONTOIRO ALLUE RAQUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDAS CRÓNICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las heridas crónicas suponen un problema de salud de primer nivel que repercute en todos miembros del sistema sanitario tanto en los pacientes, disminuyendo su calidad de vida, autonomía, autoestima e incapacidad para la vida laboral, como en los profesionales y la organización con un elevado coste en su atención ya que consumen muchos recursos sanitarios tanto humanos como materiales.
Las Unidades de Heridas deben garantizar el derecho a la atención sanitaria poniendo al servicio de la persona con heridas todos los recursos técnicos y humanos.
Hace 10 años en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se creó la Unidad de Heridas de Sector de Huesca constituyendo un equipo interdisciplinar que garantiza el derecho a la asistencia sanitaria, además de ser un modelo de coordinación entre los niveles asistenciales para lograr una atención integral. El papel de la enfermera responsable de la Unidad como profesión que amalgama y cataliza las necesidades de los pacientes ha sido clave para el desarrollo y evolución de la Unidad y para la coordinación tanto de equipo interdisciplinar en el centro como con otros niveles asistenciales del Sector e, incluso, de la provincia.

En 2010 se publicó el primer documento: "Úlceras crónicas: un abordaje integral"

Al cumplirse 10 años se pretende valorar la evolución de la Unidad, consolidar su funcionamiento a través de la detección de áreas de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

- Los propios de la Unidad de heridas crónicas:
 - o Valorar la efectividad y la eficiencia de las distintas alternativas terapéuticas en las heridas crónicas
 - o Disminuir la variabilidad en la práctica clínica tanto en diagnóstico como en tratamiento
 - o Aumentar la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial
 - o Evitar ingresos innecesarios
 - o Compartir el conocimiento con profesionales de otros niveles asistenciales
 - o Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas
- Crear una agenda propia de citación que permita una mejor gestión de tiempos en la consulta y mayor facilidad para la explotación de datos y obtención de indicadores
- Incluir la Unidad en cartera de Servicios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

MÉTODO

- Consulta de referencia del Sector para pacientes con heridas crónicas liderada por Enfermería (M^a Sol Ballabriga), respaldada por el equipo formado por otro personal de enfermería, médicos geriatras y consultores.
 - Acceso a la consulta desde el propio Hospital, H. S Jorge, Atención Primaria, Centros residenciales :
 - o Presencial
 - o Telefónica
 - o A través de tecnologías de la información (se ha implementado de manera informal)
- Servir de referencia para nuevos proyectos (valoración de úlceras asociadas a patología autoinmune, consulta de pie diabético...)

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
% pacientes según el origen de la demanda	Jorge, de AP, de centros residenciales	% de pacientes que son derivados del propio hospital, desde H S
Tasa de epitización año	% de heridas que son derivadas a la Unidad y que se epitizan por completo en un año	>=85%

DURACIÓN

A lo largo de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

1. TÍTULO

DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOBO ESCOLAR ANTONIO
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
LACALLE AICUA LAURA
PANIEGO LOPEZ ANA
UBIS DIEZ ELENA
PERALTA GASCON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones de todos los integrantes del grupo en los meses de mayo, septiembre y diciembre para consensuar los puntos asignados a cada miembro del grupo que los había elaborado previamente. Tras la elaboración y consenso del Documento en el mes de diciembre, presentación a cada uno de los servicios en el mes de enero de 2019 y puesta en marcha del documentado tras la presentación del mismo a la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer resultado ha sido la elaboración del documento.

Los resultados marginales eran conseguir una estancia preoperatoria menor de 48 horas en el 30-40% de los pacientes, y ha sido en el 49% de ellos, y una estancia preoperatoria menor de 72 horas en el 50-60% de los pacientes, y ha sido en el 66% de ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier trabajo realizado por un equipo multidisciplinar es enriquecedor para todos los miembros del equipo y esto se traslada a una mejora en la atención al paciente. Al presentar el documento en los Servicios implicados y someterlo a una revisión crítica por parte de los mismos garantiza su cumplimiento actual y futuro, pese a posibles cambios dentro del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/746 ===== ***

Nº de registro: 0746

Título
DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, LOBO ESCOLAR ANTONIO, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA, LACALLE AICUA LAURA, PANIEGO LOPEZ ANA, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejoría clínica/coordinación asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fractura de cadera es un proceso que genera un elevado consumo de recursos y en el que se ven implicados un numero importante de profesionales de distintos servicios, por lo que debe existir una correcta coordinación para conseguir resultados eficientes. Con este fin se elaboro en el año 2011 un documento titulado "Recomendaciones en fractura de cadera", que con el paso de los años precisa una revisión profunda. En estos años transcurridos se han producido cambios significativos en la terapia anticoagulante con aparición de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

1. TÍTULO

DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

nuevos fármacos con acción distinta a los antivitamina K clásicos. Así mismo en estos años se ha producido una significativa remodelación en los servicios implicados en la atención al proceso de fractura de cadera.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad existente en la atención de la fractura de cadera.

Actualizar el documento previo de "Recomendaciones en fractura de cadera".

Mejorar la coordinación entre los diversos servicios participantes en el proceso de fractura de cadera, mejorando los resultados clínicos, con una correcta adecuación de los recursos existentes.

MÉTODO

Revisión del documento actual "Recomendaciones en fractura de cadera", aportación por cada uno de los profesionales implicados las modificaciones que se consideren oportunas. Reuniones para consensuar los cambios propuestos. Se estiman dos reuniones presenciales, además del intercambio de correos electrónicos. Reunión de presentación a los servicios afectados del documento una vez finalizado.

INDICADORES

Realización del documento

Porcentaje de pacientes con una estancia prequirúrgica menor de 2 días

DURACIÓN

Revisión del documento anterior, mayo 2018

Aportación cambios, junio 2018

Consensuar cambios, julio y agosto 2018

Presentación documento, ultimo trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0797

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

QUILEZ PINA RAQUEL
DOZ PEREZ NIEVES
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SOLER FRIAS CATERINA
ORTAS SOLER MARIA CRUZ
OTAL PUEYO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha creado un manual para mejorar la seguridad de los pacientes en el hogar.
- Se ha entregado la guía junto al informe de alta para que tenga acceso a ella los familiares.
- Se ha explicado la guía a los pacientes.
- Se ha entrevistado a la familia para conocer el entorno y aconsejar las adaptaciones oportunas para mejora la seguridad y autonomía de los pacientes.
- Se ha entrenado a los usuarios en el uso de ayudas Técnicas y adaptaciones.
- No se ha entregado la guía a los pacientes que por reagudización clínica han ingresado en planta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 98% (el estándar propuesto es el 90%)
Familiares con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 92% (el estándar propuesto es el 90%)
Entornos adaptados a la nueva situación 70% (el estándar propuesto es el 50%. Contando como entorno adaptado los pacientes viven en residencia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha ayudado a conocer al usuario de forma global, pudiendo observar sus dificultades y capacidades y como se desenvuelve en su entorno.
Conocer si generaliza el tratamiento que se ofrece en HDG en las actividades de la vida diaria, para mejorar su recuperación funcional.
Sería interesante revisar la guía para introducir conceptos e información relativo al manejo del paciente en el hogar

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/797 ===== ***

Nº de registro: 0797

Título
REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Autores:
SANCHEZ LECINA CRISTINA, QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, OTAL PUEYO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0797

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

PROBLEMA

El ictus es la primera causa de discapacidad en el mundo. Su incidencia en Aragón esta en torno al 7% en los mayores de 65 años. La repercusión en las personas es bastante llamativa, dado que la mayoría de los supervivientes sufren alguna incapacidad, que les dificulta su vida diaria. La nueva ocupación de cuidador implica una carga emocional y física que puede alterar su rutina y afectar a múltiples niveles. Desde Hospital de Día Geriátrica (HdG) trabajamos en la fase subaguda donde puede existir una mejoría a medio-largo plazo, gracias a la reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través de la plasticidad cerebral. Y una vez estabilizado el cuadro valoramos la adaptación del entorno a las funciones conservadas para dar al paciente la mayor independencia posible disminuyendo la posibilidad de institucionalización, minimizando las complicaciones y con ello disminuyendo el coste sanitario global. Este proyecto pretende generalizar el tratamiento que se realiza en HdG al entorno del paciente para ello se realizara una guía informativa para familiares y pacientes que les ayude a entender mejor el proceso y a ayudar en la recuperación funcional y cognitiva de la persona. Sin duda no son recetas únicas que se puedan emplear del mismo modo en todas las personas que hayan sufrido un ictus y con cada paciente será necesario una evaluación individualizada de su situación y una entrevista para explicar de manera adecuada las particularidades de su proceso concreto.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO:

El objetivo es dar una guía que ayude al paciente y su familia en la integración óptima dentro de su entorno habitual, con el mayor grado de autonomía posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evitar conductas, movimientos, "vicios" que puedan perjudicar la recuperación funcional del paciente
Educar a los familiares en la asistencia y ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria del paciente recién dado de alta hospitalaria y que se encuentra en tratamiento de recuperación funcional en Hospital de Día de Geriátrica
Disminuir la ansiedad de cuidadores y pacientes mejorando sus condiciones de salud.

MÉTODO

Crear un tríptico que contenga breves indicaciones para estimulación y posicionamiento de hemicuerpo pléjico a través de imágenes e instrucciones escritas, y un Manual con consideraciones dentro del hogar para la seguridad y bienestar del familiar afectado.

El tríptico será entregado y explicado en las primeras sesiones al paciente

Mantener entrevista con familiares para informar sobre realización de higiene, alimentación, vestuario, movilización, traslados y las ayudas técnicas que precisará.

Mostrar el uso de ayudas técnicas y ofrecer información de como obtenerlas.

Entrenar a los pacientes en actividades de vida diaria de forma segura para evitar lesiones y mejorar la independencia

INDICADORES

% de pacientes con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)

% de familiares con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)

% de entornos adaptados a la nueva situación (50%)

DURACIÓN

Mayo-Agosto: Creación de guía para la recuperación de los pacientes con ictus

Agosto: Diseño de un registro de intervenciones del equipo de HdG

Septiembre-Diciembre: Puesta en practica de la guía

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL QUÍLEZ PINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA
DOZ SAURA NIEVES
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SOLER FRIAS CATERINA
OTAL PUEYO ELENA
ORTAS SOLER MARIA CRUZ
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha creado una guía de ejercicios multicomponente adaptados a la capacidad funcional de distintos grupos de pacientes ancianos teniendo en cuenta resultados en la escala SPPB
- Se ha dejado una carpeta para que todos los médicos del servicio tengan acceso a esta documentación y así poder entregarla a otros pacientes que no acuden a Hospital de Día de Geriatria, pero puedan beneficiarse de la realización de dichos ejercicios.
- Se ha explicado la guía de ejercicios a los pacientes y se les han enseñado ejercicios durante su estancia para que los continúen de manera ambulatoria al alta de cara a un mantenimiento de situación funcional.
-Se ha incluido en la valoración geriátrica de ingreso y alta: Tinetti (equilibrio y marcha), MNA, MEC, Pfeiffer, SPPB, Velocidad de la marcha, Barthel y dinamometría.
- Se ha dado a los pacientes recomendaciones para prevención de caídas en función de resultados de escalas
-Se ha realizado bioimpedanciometria para detección de sarcopenia en los pacientes que se estimaba oportuno y no tenían contraindicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)
90% el estándar propuesto es el 85%
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia
10% (no se había propuesto estándar; en bibliografía recogida en torno 10-30%)
% de pacientes a los que se les realizan todos los test
95% el estándar propuesto es el 80%
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometria y se les realiza
50% el estándar propuesto es el 75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha ayudado a conocer la prevalencia de obesidad sarcopénica y sarcopenia existente en nuestros pacientes ancianos que habitualmente esta infradiagnosticada e infratratada.

En las consultas de revisión hemos preguntado a los pacientes si continúan haciendo los ejercicios aprendidos y entregados; encontrando una baja adherencia por lo que debemos reforzar de algún modo este punto esencial (llamadas? Insistir en su importancia en cada consulta? Involucrar más a familiares?).

La nutrición es un pilar muy importante también en el tratamiento de esta patología por lo que debemos insistir más en la adecuación de la dieta a las necesidades y gustos; suplementando cuando sea preciso.

Deberíamos realizar también bioimpedanciometria al alta para ver de una manera objetiva la ganancia muscular conseguida con la terapia de recuperación funcional realizada en Hospital de Día. Y podría ser interesante también repetirla en consulta de revisión para ver si se ha mantenido la ganancia.

7. OBSERVACIONES.

No se ha cumplido el objetivo propuesto de realización bioimpedanciometria en parte por problemas técnicos informáticos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/799 ===== ***

Nº de registro: 0799

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

Autores:

QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, SANCHEZ LECINA CRISTINA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, OTAL PUEYO ELENA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética por envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. En su etiopatogenia se incluyen diversos mecanismos tanto intrínsecos del propio músculo como cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. La sarcopenia está directamente relacionada con la fragilidad y tiene implicaciones etiopatogénicas en la obesidad, la resistencia a la insulina y la inflamación. De todas las alternativas terapéuticas, sólo el ejercicio físico multicomponente ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular esquelética, combinado o no con suplementación nutricional o con vitamina D.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la morbimortalidad asociada a la sarcopenia mejorando el pronóstico y la supervivencia
Promover la participación activa de familiares/cuidadores
Capacitar a los pacientes para mantener una alimentación saludable y realización de ejercicio físico multicomponente como parte de su actividad habitual.

MÉTODO

Población diana: Pacientes que acuden a recuperación funcional a Hospital de Día de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Realización de valoración geriátrica integral
Realización de bioimpedanciometría a los pacientes no portadores de prótesis metálicas ni marcapasos
Realización de medidas antropométricas (IMC, pliegues tricípital y subescapular, perímetro pantorrilla y brazo)
Medición de fuerza por dinamometría de mano dominante
Realización de escala Tinetti para valoración de marcha y equilibrio
Realización de escala SPPB
Realización de test cognitivos (MEC, Pfeiffer)
Medición situación funcional (Barthel)
Realización de test MNA para valoración de situación nutricional y clasificación en pacientes normnutridos, en riesgo y malnutridos
Adecuación farmacológica de los pacientes ancianos
Entrega de guía ejercicios físicos adecuados a la situación del paciente, basados en patología y SPPB, que serán similares a los realizados por el paciente durante su estancia en HDG para que los realice de manera ambulatoria

INDICADORES

% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia
% de pacientes a los que se les realizan todos los test (Tinetti, MNA, MEC, Pfeiffer, dinamometría, SPPB, Barthel) (80%)
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometría y se les realiza (75%)

DURACIÓN

Revisión bibliografía mayo 2018
Realización de guía ejercicios multicomponente adaptados a distintos SPPB junio-agosto 2018
Inclusión de estos test en la evaluación al ingreso de los pacientes que acuden a HDG a partir de septiembre 2018 de forma indefinida
Puesta en marcha de un programa de ejercicios multicomponente que se les entregara a los pacientes que acudan a HDG desde septiembre 2018 de forma indefinida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

UBIS DIEZ ELENA
PERALTA GASCON ISABEL
GOMEZ SUGRAÑES JUAN
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diciembre 18- febrero 19: Geriatra y enfermera de la unidad de valoración que desarrollan su labor asistencial en el Hospital S Jorge, realizan el protocolo de selección y valoración del paciente anciano tributario de atención (mayor de 80 años con fragilidad - Índice de fragilidad VIG > 0,20). Se tienen en cuenta otros aspectos como multimorbilidad, polimedificación, situación funcional, cognitiva y social, valoración nutricional y presencia de síndromes geriátricos.

Se excluyen del protocolo herniorrafias y cirugía menor. Se incluyen pacientes que precisan cirugía programada y patologías quirúrgicas pero que no precisan intervención en ese momento (colecistitis, obstrucciones, traumatismos..)

Enero 19: Presentación en sesión clínica del Servicio de Cirugía de H S Jorge., dónde se consensúan algunos aspectos

Marzo 19: elaboración del formato de base de datos de los pacientes valorados.

Julio 19: Primer análisis de los datos obtenidos. EN este análisis se evidenció que alguno de los indicadores diseñados excesivamente laborioso (búsqueda en historia clínica en papel de todos los pacientes atendidos) proporcionalmente a la información que proporcionaba. Se diseñaron indicadores nuevos, más sencillos y que aportaban información más relevante para el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1: % pacientes trasladados a HSCJ (Geriatría) desde el S. Cirugía H.S. Jorge

estándar: 20%

Comentario: Se trasladará pacientes que presenten criterios geriátricos definidos con anterioridad y consensuados con S Cirugía

Denominador: Pacientes geriátricos ingresados en Cirugía: 91

Numerador: Pacientes trasladados a geriatría de los pacientes geriátricos ingresados en cirugía:18

Aclaraciones: Los pacientes presentarán al menos uno de estos criterios: > 80 años, índice de fragilidad > 0,2

Fuente: Base de datos propia de la Unidad de Valoración Sociosanitaria

Resultado: 19,78%

INDICADOR 2: % de ancianos atendidos por la Unidad de Valoración ingresados en cirugía

Estándar: 90%

Comentario: se considera paciente tributario de atención por la Unidad de Valoración Sociosanitaria a los pacientes >80años ingresados para intervención quirúrgica

Denominador: Pacientes > 80 años ingresados para cirugía(91)

Numerador: Pacientes > 80 años atendidos por la unidad de valoración (91)

Aclaración: Se excluyen pacientes > 80 años sin comorbilidad

Fuente: Base de datos propia de la Unidad de Valoración Sociosanitaria

Resultado: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha conseguido mejorar la continuidad asistencial del paciente anciano quirúrgico de riesgo, agilizando y haciendo el traslado más precozmente con lo que uno de los objetivos fundamentales que es la mejora de la funcionalidad, se ve cumplido (objetivado con el índice de Barthel previo, al ingreso y al alta)
- Se ha realizado un trabajo interdisciplinar y coordinado entre especialidad médica y quirúrgica
- Sería recomendable la valoración prequirúrgica de la fragilidad en pacientes oncológicos tributarios de tratamiento quirúrgico, para conseguir una adecuada rehabilitación.

7. OBSERVACIONES.

Sería aconsejable la extensión del proyecto a otros Servicios quirúrgicos (urología, orl...) condicionado a la existencia de profesionales para realizarlo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/27 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

Nº de registro: 0027

Título
ATENCION INTERDISCIPLINAR PERIQUIRURGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRURGICO DE RIESGO

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, SARVISE LACASA FERNANDO, GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procesos subsidiarios de tratamiento quirúrgico
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es un hecho de gran trascendencia a nivel social el envejecimiento de la población, pero hay sectores en los que este proceso tiene una mayor repercusión, siendo el sanitario probablemente en el de mayor impacto, ya que además del incremento del uso de servicios debido al mayor porcentaje de personas de edad le debemos añadir que la edad es un importante factor de riesgo de patología quirúrgica. La innovación tecnológica en las últimas décadas ha permitido tratar quirúrgicamente una amplia gama de procesos que anteriormente era impensable, actualmente la complejidad radica en gran medida en los pacientes, y sobre todo en los pacientes ancianos, que antes ni se planteaba la posibilidad quirúrgica y hoy en día pueden suponer casi el 50% de las intervenciones. Los ancianos son un grupo de población con una variabilidad enorme, encontrándose desde el anciano robusto con un buen estado físico y psíquico y una cobertura social excelente de una edad de 90 años, hasta el anciano con elevada comorbilidad, polimedicado, con algún grado de discapacidad, deterioro cognoscitivo y pobre soporte social, de una edad mucho más temprana. Esas circunstancias generan un impacto elevado en su capacidad de respuesta al estrés quirúrgico y por tanto una mayor vulnerabilidad a experimentar complicaciones graves, consiguiendo pobres resultados pese a la técnica experimentada. Todo esto hace que la asistencia a las personas mayores sea mucho más compleja, y ya no es suficiente asegurar la mejor anestesia y técnica quirúrgica posibles, una estabilización hemodinámica en la reanimación y la prevención de procesos infecciosos o tromboembólicos, además es preciso identificar a los que presentan un mayor grado de fragilidad y realizar una correcta prevención y abordaje precoz del deterioro funcional y de los síndromes geriátricos que aparecen en el postoperatorio inmediato, lo que induce a una forma de trabajo diferente a la actual si se quiere optimizar y afinar los cuidados en las personas mayores, desarrollando un trabajo en equipo entre diversos profesionales (cirujanos, anestesiólogos, geriatras,...).

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia del paciente anciano frágil quirúrgico mediante una adecuada toma de decisiones, la optimización previa a la cirugía, la prevención y abordaje precoz de complicaciones, el mantenimiento de la función, y la gestión del caso.

MÉTODO

Se va a realizar un trabajo en dos escenarios con dos tipos distintos de pacientes:
1. Atención en Consultas externas de geriatría de aquellos pacientes > de 75 años programados para cirugía que cumplan al menos dos de los siguientes criterios:
Cardiopatía (IAM, insuficiencia cardiaca, arritmias...)
Neumopatía (EPOC; insuficiencia respiratoria)
Deterioro cognitivo o antecedentes de sd confusional agudo
Polimedicación: (> 5 fármacos entre ellos anticoagulantes...)
Problemas de movilidad (escaleras, transferencias, ayudas técnicas...) o caídas en último año
Estos pacientes serán derivados a las CC EE de geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús y valorados en el plazo de una semana, detectando todos aquellos procesos que pudieran contraindicar de forma relativa o absoluta la cirugía y en caso necesario adecuar al paciente para poder minimizar los riesgos quirúrgicos.
2. Atención en la hospitalización del Servicio de Cirugía de aquellos pacientes que ingresan de forma urgente y presentan al menos uno de los siguientes criterios:
>80 años
Fragilidad (Índice de Fragilidad VGI >0,2)

INDICADORES

- % de pacientes atendidos del total de pacientes tributarios de atención
- % de pacientes trasladados desde el Servicio de Cirugía del Hospital San Jorge al Hospital Sagrado Corazón de Jesús

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

DURACIÓN

El inicio de la colaboración será desde el 1 de marzo de 2019, con una duración indefinida en dependencia de los resultados marcados por los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA IBOR MARCUELLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYALA LOPEZ BEGOÑA
CHARTE GASCON MARTA
JAL DOMINGUEZ YOLANDA
NOVA ABADIAS SONIA
LABORDA SANVICENTE MARIA DOLORES
PUEYO MOI MARIA ISABEL
BLANCO LAIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el mes de febrero hasta abril se han mantenido numerosas reuniones entre el Servicio de Enfermería geriátrica con el Servicio de Cocina y con Logopedia (rehabilitación).

- En primer lugar se trabajaron la dieta basal con el servicio de cocina y las dietas disfágicas con el servicio de cocina.

- Se fueron desglosando las dietas terapéuticas en cascada (todas las que se decidió definir por consenso de la comisión y teniendo la tipología del paciente ingresado en el Hospital y las más utilizadas)

- Ha habido múltiples dificultades en principio porque se intentó adaptar dietas del hospital general, pero hubo que readaptarlas por el tipo de paciente.

- A lo largo del año ha habido muchísimo cambio de personal en cocina y también e enfermería. Añadido a un problema intrínseco en la propia cocina, que propició un cambio importante en algunos de los menús por incorporación de nuevos productos nutricionales. Esto obligó a rehacer algunas de las dietas en varias ocasiones.

- El servicio de informática ha empezado a trabajar en la informatización del programa, y en las instrucciones para su uso para personal de cocina, las unidades de enfermería y logopedia. Se ha procedido a crear los usuarios, permisos (con las indicaciones de los profesionales indicados)

- Se ha creado un manual visual y didáctico para los profesionales que van a utilizar la aplicación y un resumen práctico del mismo

- Se ha planificado la formación del personal de enfermería, logopedia y cocina para el buen uso de la aplicación, aunque aún no se ha realizado.

- Una vez realizada la formación, y superadas la dificultades de coordinación con cocina (es necesario prever las compras según los nuevos menús) se tiene previsto empezar a lo largo del primer trimestre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha avanzado en el proyecto, pero por las dificultades imprevistas (humanas y materiales), han dado lugar a un retraso en su implementación total.

Se tiene lista la parametrización de todas las dietas.

La formación está planificada y se va a realizar en breve plazo

Las encuestas previas están recogidas y valoradas, pero faltan las finales

No se han podido concretar los indicadores que se medirán después del primer trimestre del año

Por estas razones se realiza esta memoria de seguimiento, teniendo prevista la finalización del proyecto en 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios proyectados hubieran necesitado para su puesta en marcha, más personal (enfermería y cocina) y menos rotación del personal existente.

7. OBSERVACIONES.

Se va a intentar planificar una rotación más amplia de las semanas de las que consta cada menú

*** ===== Resumen del proyecto 2019/949 ===== ***

Nº de registro: 0949

Título
MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

IBOR MARCUELLO MONICA, AYALA LOPEZ BEGOÑA, CHARTE GASCON MARTA, GARCIA CORTES MONICA, JAL DOMINGUEZ YOLANDA, NOVA ABADIAS SONIA, PUEYO MOI MARIA ISABEL, BLANCO LAIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Síndromes geriátricos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Partimos de un trabajo manual por tarjetas y una dificultosa coordinación y comunicación con el resto de servicios implicados en la elaboración de los menús. Se cree conveniente realizar una mejora del sistema, procediendo a la revisión, valoración, elección y adaptación de las diferentes dietas, teniendo en cuenta las particulares necesidades de los pacientes atendidos (pacientes geriátricos, pacientes con problemas de dentición, de disfagia, con diferentes patologías, ...entre otras). Se observa la necesidad de contar con una aplicación informática para apoyar el trabajo diario en las unidades de enfermería en la gestión de dietas hospitalarias. Nuestro Hospital va a implementar el programa informático Dietools, como herramienta de trabajo para conseguir una mejora en la gestión específica de dietas del HSCJ.

RESULTADOS ESPERADOS

1- Implementar el programa informático de dietas, como método de trabajo para una buena gestión de las mismas en el HSCJ.
2- Valorar, elegir y adaptar las diferentes dietas al tipo de paciente atendido en el HSCJ
3.- Mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia y en consecuencia, la calidad asistencial

MÉTODO

- Colaboración en la puesta en funcionamiento del programa entre el servicio de informática, cocina, las unidades de enfermería y logopedia.
- Automatización en la petición de las dietas.
- A nivel Informático:
Creación de usuarios, permisos, agendas, menús (con las indicaciones de los profesionales indicados)
Posibilidad de conectarlo con otras aplicaciones (Independencia de Bases de Datos, Integración con HIS)
Exportación de todos los listados e informes a Excel
Creación de un manual visual y didáctico para los profesionales que van a utilizar la aplicación y un resumen práctico del mismo
- Apoyo en la formación del personal de enfermería, logopedia y cocina para el buen uso de la aplicación. (por el servicio de Informática)
- Elección de una dieta basal equilibrada, acorde con las especiales características del paciente atendido en nuestro centro.
- Definición y desarrollo de las dietas terapéuticas necesarias para dichos pacientes, unificando criterios entre los miembros del equipo multidisciplinar.

INDICADORES

1- Aumento en la seguridad del paciente: El número de errores en la petición de dietas solicitadas en un año será menor a un 5%.
2- Más de un 80% del personal involucrado (Médicos, enfermería, tcae) asiste a las sesiones de formación para conocer y manejar el aplicativo. (Implicación del Servicio informática)
3- Aumento en un 20% en la satisfacción de los pacientes al alta hospitalaria con respecto a los meses previos a la implantación del programa y las nuevas dietas, mediante las encuestas de satisfacción entregadas a los pacientes.

DURACIÓN

Primer trimestre 2019: revisión, valoración y elección de menús.
Segundo trimestre 2019: adaptación de las dietas terapéuticas e inserción en la aplicación informática.
Segundo y Tercer trimestre 2019: Formación de los profesionales implicados.
Tercer-Cuarto trimestre 2019: Comienzo en el uso del programa informático

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0293

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ FORNIES ANA
DOZ SAURA NIEVES
QUILEZ PINA RAQUEL
MARTINEZ MALO INMACULADA
OTAL PUEYO ELENA
GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE
ZAMORA SIERRA VANESKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En el primer trimestre de 2019 se realizó una guía de consejos, indicaciones y contraindicaciones para realizar las actividades de la vida diaria sin riesgo para el paciente que ha sufrido una intervención de fractura de cadera y que acude a Hospital de día de Geriatría para continuar tratamiento. La guía se basó en una revisión bibliográfica previa y en la experiencia profesional propia
- Médico y enfermería de Hospital de día realizan seguimiento de la intervención quirúrgica, incluyendo la retirada de grapas, curas de herida...
- Se realizó un plan de entrenamiento a pacientes en la realización de las actividades de la vida diaria, evitando gestos contraindicados, asesorando ayudas técnicas y enseñando ejercicios indicados para la recuperación funcional tras la intervención quirúrgica.
-Se asesoro a las familias, entregando la guía de recuperación funcional de cadera, se recomendó adaptaciones para el entorno y se aconsejó ayudas técnicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó una hoja excell para el registro específico de datos de pacientes de hospital de día con patología de cadera. Se han registrado 29 pacientes durante el 2019.
% pacientes que acuden a hospital de día y aprenden las AVD (se considera que han aprendido las AVD cuando son capaces de calzarse de forma autónoma):
27 /29 = 93 %
% de cuidadores /familiares /usuarios a los que se les ofrece la guía, con la explicación pertinente y la aceptan: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El porcentaje de pacientes que ha sido capaz de aprender AVD de extremidad inferior tras la fractura de cadera, con el plan de entrenamiento en el propio hospital de día y la guía de recomendaciones para su domicilio, ha sido muy elevado. No tenemos datos de años anteriores, antes de realizar la guía, por lo que no podemos conocer con exactitud la diferencia en cuanto a los resultados.
Las familias / cuidadores de los usuarios aceptan la guía, pero mejoraría los resultados si acudieran a sesiones de entrenamiento de forma conjunta con el paciente.
Como área de mejora, se plantea hacer una pregunta / encuesta cuando acuden a la consulta del geriatra, acerca de la utilidad que les ha supuesto la guía de recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/293 ===== ***

Nº de registro: 0293

Título
REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Autores:
SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA, LOPEZ FORNIES ANA, DOZ SAURA NIEVES, QUILEZ PINA RAQUEL, MARTINEZ MALO INMACULADA, OTAL PUEYO ELENA, GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE, ZAMORA SIERRA MARIA VANESKA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0293

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍAS DE CADERA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El equipo de trabajo del Hospital de Día de Geriatria (HDG) atiende a pacientes para la recuperación funcional. La patología en la que se centra nuestro trabajo es la rehabilitación funcional tras la intervención de cadera. Estos pacientes provienen fundamentalmente de hospitalización de Geriatria y de la Unidad de Valoración Socio Sanitaria (UVSS) ubicada en el Hospital San Jorge (Servicio de Traumatología), otros provienen de Atención Primaria previamente valorados en nuestra consulta de valoración. En el Hospital de Día de Geriatria se realiza una valoración Geriátrica integral (VGI) donde se valora la capacidad funcional y actividades de la vida diaria (AVD) que realiza cada paciente y a partir de ella se dirigen los objetivos a trabajar con ese paciente. Esta patología es cada vez más frecuente y una de las que genera más dependencia tras una intervención quirúrgica. Algunos movimientos que se realizan en las A.V.D pueden estar contraindicados tras una intervención de cadera, un entrenamiento específico sobre cómo debe de realizar las AVD, facilita la autonomía a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Mejorar la recuperación funcional de los pacientes con patología de cadera.
Objetivos específicos:
• Informar a usuarios y entrenarlos en las AVD para evitar movimientos que ponen en riesgo la prótesis.
• Informar a familiares la técnica para realizar las AVD a los usuarios de forma funcional

MÉTODO
• Diseño de una guía de ejercicios, indicaciones y contraindicaciones.
• Seguimiento médico y de enfermería tras la intervención quirúrgica.
• Entrenamiento a pacientes en A.V.D de forma segura evitando contraindicaciones.
• Información a familiares de indicaciones y contraindicaciones en la realización de A.V.D
• Asesorar a familiares en la adaptación del entorno y recomendación de ayudas técnicas.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes que acuden a H.D.G con patología de cadera y aprenden el manejo de las A.V.D.
2. Elaboración y diseño de la guía para la recuperación funcional tras ser intervenido de fractura de cadera
3. Porcentaje de cuidadores/ familia/usuarios que se les ofrece la guía con patología de cadera.
4. Porcentaje de familias que aprenden junto con los pacientes actividades indicadas y contraindicadas

DURACIÓN
• Abril- Mayo Creación de guía para la recuperación funcional tras la intervención de cadera
• Enero-Diciembre creación de un registro de los datos necesarios para la elaboración de indicadores.
• Mayo -Diciembre Puesta en práctica de la guía.
• Diciembre Evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0142

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LETICIA GALAN LATORRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTRADA FERNANDEZ MARIA EUGENIA
LACAL ALEJANDRE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Revisión bibliográfica acerca de los componentes terapéuticos de cambio. Febrero de 2019
-Observación y sondeo (a través de las intervenciones de los pacientes) de los aspectos relacionados con el cambio. Febrero de 2019
-Confeción del cuestionario teniendo en cuenta la bibliografía y los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes ingresados. Febrero de 2019
-Administración del cuestionario. A partir de marzo de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Al inicio las expectativas de los pacientes son superiores a 4 (ítems de 1 a 5).
-Las expectativas de los pacientes, en general, son similares a lo que al alta perciben como importante en su mejoría: relevancia de las actividades en grupo, disponibilidad y acceso respecto a los componentes del equipo, atención individualizada a sus necesidades, tratamiento farmacológico y otros.
-No se observa distinción entre las expectativas acerca de los beneficios entre tratamiento farmacológico y abordaje psicoterapéutico.
-Sorprende la poca esperanza de atención y apoyo familiar en la mayoría de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión principal a tenor de los resultados, se observa la necesidad por parte de los pacientes de obtener mayor atención en su entorno familiar; aspecto que deberemos mejorar.
Por otro lado, como factor principal del cambio experimentado se ratifica la importancia del grupo terapéutico, al mismo nivel que otro tipo de intervenciones, entre ellas la farmacológica.
Se constata la satisfacción y utilidad del recurso por parte de los pacientes ingresados.
De cara al futuro, tenemos previsto la revisión de los ítems incluidos en el cuestionario, así como la incorporación de los aspectos mejorables señalados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/142 ===== ***

Nº de registro: 0142

Título
IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Autores:
GALAN LATORRE LETICIA, ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA, LACAL ALEJANDRE LAURA, ALAYETO GASTON MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hospital de día de psiquiatría es un recurso de salud mental en el que se atiende a los pacientes desde la confluencia de diferentes terapias. Nos parece necesario conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos. Se ha investigado sobre el modo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0142

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRÍA

evaluar dichos procesos desde una perspectiva integradora; "investigación de procesos y resultados". Esta información relevante podría obtenerse a través de un cuestionario de valoración que los pacientes tendrían que cumplimentar en dos momentos diferentes, al ingreso y al alta.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos

MÉTODO

Revisión bibliográfica de forma individualizada

Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.

Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo

Administración del cuestionario

INDICADORES

Nº de pacientes a los cuales se les administra el cuestionario

Valoración cuantitativa de los ítems del cuestionario y análisis de los datos

DURACIÓN

febrero de 2019: Revisión bibliográfica de forma individualizada

febrero de 2019: Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.

febrero de 2019 Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo

A partir de marzo de 2019 hasta marzo de 2020. Administración del cuestionario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión INFORMÁTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
ESCARIO MUR PILAR
CALVO PARDO AURORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El cambio que supuso que el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca pasara de dos a una persona para realizar las tareas administrativas, supuso una amenaza en la calidad del Programa y en la satisfacción de las usuarias, pero una oportunidad que obligó al equipo a innovar en la organización del trabajo y a utilizar las nuevas tecnologías para facilitar la accesibilidad de las pacientes. La buena voluntad de los profesionales es imprescindible, pero el trabajo diario no debe basarse en esa circunstancia, es necesario protocolizar las actuaciones, organizar el trabajo e identificar responsabilidades.

En este marco se creó un grupo de mejora formado por la Coordinadora del Programa, la responsable administrativa, la informática del Hospital y otra profesional de la administración del centro ubicada físicamente en el edificio anexo y que reunía una de las condiciones que hemos comentado era imprescindible pero no única: la buena voluntad y la motivación profesional.

- Se acordó y así se hizo desviar hacia la administración una de las dos líneas telefónicas con las que el PPCM cuenta y que estaban atendidas por una única persona

- Se instaló el acceso al Programa informático propio del PPCM desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que se tuviera acceso desde el puesto de trabajo de administración.

- Se ha creado un gmail para utilizar el "drive", compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono. La comunicación es en tiempo real entre los dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal

- En los tres primeros meses de funcionamiento, al recepcionar las llamadas se realizó y se registró una pregunta / encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

- Se han registrado las reclamaciones vía telefónica, ya que no se ha conseguido que se documenten.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones:

98.2% (no se han presentado reclamaciones escritas. Se han registrado llamadas tfno. y presenciales reclamando por las dificultades de acceso. Todas las reclamaciones han sido por el mismo motivo. Solo hubo una reclamación por problema de trato)

% de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento 68%

% de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento 29.3%

% usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos 2.7%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se ha conseguido que ninguna usuaria presente reclamación escrita, aunque se ha instado a ello a numerosas pacientes que se quejaban por la dificultad de acceso telefónico.

No pareció ético retrasar la medida, y antes no se medía la dificultad de acceso, por lo que los indicadores miden la accesibilidad tras la implementación de las acciones.

Las situaciones difíciles aportan a veces oportunidades de mejora.

La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares, tenemos que aprender a abrir los ojos para ver con que medios a nuestro alrededor podemos contar

Ampliar los equipos de trabajo con personas motivadas profesionalmente consigue buenos resultados y aumenta la motivación en el trabajo aunque aumenten las cargas

Las medidas adoptadas han resultado útiles, mejorando la accesibilidad, pero no es suficiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/261 ===== ***

Nº de registro: 0261

Título
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

HUESCA

Autores:

PUEYO MOY MARIA ISABEL, JARAMILLO GONZALEZ ROSA MARIA, ESCARIO MUR MARIA PILAR, CALVO PARDO AURORA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades preventivas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca ha contado con dos personas durante 15 años para realizar las tareas administrativas. Por circunstancias ajenas al Programa, desde septiembre de 2017 se ocupa de todas las tareas una auxiliar administrativa. Las tareas han cambiado a lo largo de estos años, eliminando el archivo físico que constituía una parte importante del trabajo. Por otra parte se han incorporado tareas nuevas más especializadas derivadas de la digitalización de las imágenes como el volcado de imágenes al PACS desde un disco duro extraíble donde se han almacenado las imágenes obtenidas en la Unidad Móvil de Mamografías. Una de las tareas que más tiempo requiere es la atención telefónica. Con una sola persona para dos líneas telefónicas no se puede dar una atención de calidad y se dificulta la accesibilidad al Programa.

RESULTADOS ESPERADOS

General: Mejorar la calidad asistencial en el PDPCM
Específicos:
Mejorar la accesibilidad de las usuarias al Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama
Aumentar la satisfacción de las usuarias con el PDPCM

MÉTODO

Acceso al Programa informático desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que tenga acceso otra profesional que desarrolla habitualmente su trabajo en administración
Creado un gmail para utilizar el "drive", compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono.
La comunicación es en tiempo real entre las dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal
Al receptionar las llamadas se realizará y se registrará una Pregunta encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

INDICADORES

- % de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento
- % de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento
- % usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos
- % reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones

DURACIÓN

ABRIL 2018:
- Instalación de PPCM en ordenador de administración
- Desvió de llamadas a administración
OCTUBRE 2018:
- Análisis de los primeros datos y valoración de la mejora
DICIEMBRE 2018
- Análisis final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE SIMEON LOPEZ GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONGE OTAL SILVIA
TRILLO CAMPO MARTA
LANASPA BENITEZ ROCIO
GAVIN CLAVER MARIA JOSE
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
CALVO PARDO AURORA
VINUE BIESA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han seguido las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003), La sociedad española de Radiología, se identificarán los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
- Se han mantenido reuniones con el objetivo de documentar el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se han identificado indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% mamografías repetidas por problemas técnicos (estándar <1%):

0.22%

Subproceso documentado e implantado: SI

Satisfacción de las usuarias: no se ha medido a través de encuesta. La medida indirecta a través de las reclamaciones presentadas por escrito (0) y vía telefónica (6), referidas 5 de ellas a la dificultad al acceso telefónico y una de ellas al retraso en la ronda correspondientes.
Ninguna reclamación de ningún tipo referida a la satisfacción con la información recibida ni con la atención recibida.

Se han objetivado dos casos de negativa a continuar con la prueba por dolor que han sido analizados cualitativamente por la coordinadora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante documentar de forma esquemática todo el proceso, delimitando muy bien, tanto el responsable del subproceso como los responsables de las distintas actividades.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1607 ===== ***

Nº de registro: 1607

Título
CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Autores:
LOPEZ GRACIA SIMEON, MONGE OTAL SILVIA, TRILLO CAMPO MARTA, LANASPA BENITEZ ROCIO, GAVIN CLAVER MARIA JOSE, JARAMILLO GONZALEZ ROSA, CALVO PARDO AURORA, VINUE BIESA ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Edad: Adultos
 Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
 Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA
 Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
 Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
 Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
 Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
 El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por todas las zonas de salud de la Comunidad Autónoma.
 La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.
 La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
 El año pasado se actualizó la documentación del Proceso: "cribado poblacional de cáncer de mama". Se identificaron los distintos subprocesos, se priorizaron y se nombró responsables de cada uno de ellos.
 En Aragón, las mamografías se llevan a cabo en Unidades fijas situadas en Hospital N^a Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. En los dos tipos de Unidad se realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
 Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen más adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de mamografía por problemas técnicos.

RESULTADOS ESPERADOS
 -Documentar el subproceso "realización de mamografía de cribado y recribados"
 -Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
 -Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

MÉTODO
 - Siguiendo las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003), La sociedad española de Radiología, se identificarán los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
 - Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
 - Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Mamografías repetidas por problemas técnicos		Nº de mamografías repetidas por problemas técnicos /nº mamografías realizadas
Existencia de subproceso documentado e implantado		Documento Si/NO
Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica		SI
satisfechas con la atención recibida / usuarias que cumplimentan la encuesta		% usuarias satisfechas o muy >90%

DURACIÓN
 Las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017.
 Al final del año, además de conseguir el estándar de calidad en la repetición por problemas técnicos, se pretende identificar otros indicadores que permitan evaluar más aspectos de la realización de la técnica

OBSERVACIONES
 Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE AURORA CALVO PARDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ GRACIA SIMEON
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
ESCARIO MUR MARIA PILAR
MONGE OTAL SILVIA
TRILLO CAMPO MARTA
LANASPA BENITEZ ROCIO
GAVIN CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tiene medias indirectas que indican una elevada satisfacción de la población diana: la propia adherencia al Programa de las usuarias, las opiniones de los profesionales sanitarios e incluso la repercusión en medios de comunicación y otros foros.

En 2019 se ha pretendido medir de la forma lo más objetiva posible esta satisfacción de las usuarias, y poder detectar áreas de mejora preguntando directamente a la mujer, mediante una encuesta de satisfacción única para las Comunidad Autónoma, aunque el programa tiene unidades de coordinación en el ámbito de la provincia y los resultados se analizan en este ámbito.

Febrero-abril 2019, consulta y búsqueda bibliográfica de encuestas realizadas en los programas de cribado mamográfico y se elabora un diseño de borrador consensuado por las responsables de las tres provincias.

Mayo de 2019, reunión de equipo de las responsables del programa de las tres provincias, para consensuar criterios, diseñar un formato único, y concretar la metodología. Se invita a la mujer que acuda a hacerse mamografía a la Unidad Móvil a que rellene una encuesta anónima y voluntaria, que se depositará en una urna de cartón precintada instalada fuera del habitáculo de trabajo. consta de 8 preguntas cerradas a contestar con cruces y una abierta para recoger sugerencias de mejora en áreas no exploradas.

Junio 2019, reunión de equipo de trabajo en cada una de las tres provincias (auxiliares administrativos, Técnicos de radiodiagnóstico, y médico responsable del programa), para explicar metodología de la encuesta y aportar sugerencias

Septiembre 2019, se diseña una urna, precintada, y un cartel invitando a participar a las usuarias con el lema: "Ayúdanos a mejorar, tu opinión nos interesa. Cumplimenta la encuesta. Gracias por colaborar".

Cuarto trimestre inicio y desarrollo del trabajo de campo en unidades de cribado mamográfico

Diciembre: recogida de las encuestas (Técnicos especialistas en radiodiagnóstico en la Unidad Móvil), registro en Excel XP para explorar los datos de la encuesta (auxiliar administrativo), y evaluación final por parte de la responsable del programa.

Enero de 2020, está previsto reunión de las responsables de las tres provincias, para valoración final y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Huesca se han realizado 95 encuestas en las Unidades Móvil (zonas de Salud de Ayerbe y Barbastro) y fija (Hospital Sagrado Corazón de Jesús, zona de salud Sto Grial).

ACCESIBILIDAD: % Satisfacción con la información que se proporciona:

El contenido de la carta pareció claro y comprensible: 92,6 % (ninguna respuesta negativa, el resto hasta 100% en blanco)

En caso de contactar por teléfono: el 17,9 % tuvo que hacer más de un intento para contactar. Es importante que 3 % no pudieron contactar telefónicamente

El correo electrónico: Un 8,4 % afirman haberlo utilizado y opinan que se contestó rápidamente

RESPECTO Y CUIDADO DEL PACIENTE: % de las mujeres que están satisfechas con el trato recibido:

99 % con mucha amabilidad o correcto, 87 % mucha amabilidad, y el 12 % correcto

CONFORTABILIDAD: % de mujeres que valoran positivamente.

El 31 % muy cómodo

el 61,4 % bastante cómodo, 7,6 % poco cómodo (todas se refieren a la unidad móvil)

DEMORA RESULTADOS (Percepción)

63 % de mujeres les parece adecuado el tiempo que tardan en recibir los resultados, 6,3% opinan que excesivamente largo

VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: % global de grado de satisfacción del Programa satisfechas o muy satisfechas el 100 %, (el 77 % muy satisfechas)

SUGERENCIAS RECOGIDAS EN LA ENCUESTA (pregunta abierta)

- Respetar el orden de llegada, no el listado.

- Enviar las citaciones con más antelación

- Unidad móvil: reforzar el respeto a la intimidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Alta satisfacción global del programa.

Es necesario mejorar la accesibilidad telefónica. Consideramos que es poco deseable que un 3 % de las usuarias no hayan podido acceder telefónicamente. El correo electrónico se empieza a utilizar y es útil para mejorar la accesibilidad.

El respeto y cuidado es valorado positivamente. Sin embargo, este año hemos recibido dos reclamaciones escritas relacionadas con el trato profesional y en la pregunta abierta se ha hecho referencia a mejorar el respeto a la intimidad. Por ello concluimos que hay un área de mejora muy importante que hay que trabajar con el equipo profesional.

La confortabilidad es bien valorada en la Unidad Fija. En la móvil puede haber margen de mejora, a valorar dado lo reducido del espacio.

El tiempo de demora de resultados es valorado globalmente como favorable, pero es de interés explorar los tiempos del proceso completo de resultados

La información de la encuesta de satisfacción nos es muy valiosa para mejorar los procesos de atención. Revela áreas de oportunidad, potencia los aciertos, favorece la fidelización porque las usuarias saben que se escucha su voz y que preocupa mejorar. La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares ni costosas, pararse a pensar en la organización del trabajo y explorar la opinión de los usuarios, permite hacer cambios en el entorno que mejoran la calidad de la asistencia que se presta.

7. OBSERVACIONES.

En la encuesta se recogen sugerencias que van relacionadas con criterios técnicos en los que la opinión de la usuaria no debe tenerse en cuenta (hacer mamografías anuales, disminuir el dolor...)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/869 ===== ***

Nº de registro: 0869

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Autores:
CALVO PARDO AURORA, LOPEZ GRACIA SIMEON, JARAMILLO GONZALEZ ROSA, ESCARIO MUR MARIA PILAR, MONGE OTAL SILVIA, TRILLO CAMPO MARTA, LANASPA BENITEZ ROCIO, GAVIN CLAVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Conseguir un alto grado de satisfacción de la mujeres con El Programa de detección precoz del Cáncer de mama es fundamental para mantener altos niveles de participación sucesiva regular, lo que constituye uno de los indicadores básicos de medida de la calidad del propio programa.

La bibliografía señala que el comportamiento de las usuarias puede estar en relación con las experiencias durante el proceso de cribado mamográfico y su grado de satisfacción con el mismo. Marshall ha señalado que casi la mitad de las mujeres que abandonaban los programas señalaban como motivo principal lo que les sucedió durante la realización de la mamografía

En el caso de un programa de detección precoz de cáncer de mama, son varios los motivos que hacen que el estudio de la satisfacción sea incluso más importante que en otras intervenciones sanitarias. Las mujeres que van a hacerse una mamografía de cribado están aparentemente sanas, por lo que no están motivadas a acudir a hacerse la prueba que disminuya una dolencia o cure una patología. Las experiencias negativas que puedan tener durante la misma influyen en la posibilidad de que no acudan a realizarse la mamografía. Además uno de los criterios para implantar un programa de cribado es que la intervención que se realice resulte aceptable por la población a la que va dirigida.

Evaluar, pues, la satisfacción de las mujeres con el programa constituye un paso imprescindible para conocer cómo se pueden mejorar esos niveles de satisfacción y lograr proporcionar un servicio de calidad y con altos niveles de participación.

Referencias indirectas y algún estudio fuera del ámbito de Aragón, muestran como el programa es bien valorado por sus usuarias, siendo la satisfacción alta en casi todas las áreas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Han pasado dos décadas desde que se implementó el programa y tenemos indicios para pensar que se han empeorado algunos aspectos: retraso entre dos vueltas, dificultad en la accesibilidad telefónica e incluso peor información y trato que se dispensa a las usuarias.
La determinación tanto de la satisfacción global como de la relacionada con aspectos concretos de la exploración mamográfica permitirá identificar áreas de mejora y monitorizar la calidad del Programa.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valorar la satisfacción global de las usuarias del Programa de detección precoz del Cáncer de mama en Huesca
- Valorar algunos aspectos concretos como:
 - Accesibilidad telefónica
 - Información que se proporciona
 - Trato recibido
 - Confortabilidad de las instalaciones.
- Detectar áreas de mejora, planificar actividades para mejorar e implementarlas

MÉTODO

Se va a constituir un grupo de mejora formado por los profesionales que participan activamente en las actividades del Programa.

Se elaborará una encuesta de satisfacción, sencilla, visual, en la que se preguntará por los aspectos identificados como prioritarios para conocer el grado de acuerdo de las usuarias con dichos aspectos

Para no hacer tediosa la encuesta, se obviarán otros aspectos que pueden resultar de sumo interés, pero la factibilidad de la solución es menor o no está en las posibilidades del equipo de mejora

Lo ideal sería poder poner una Tablet en cada una de las dos unidades con la encuesta visual y táctil, pero siendo realistas, se planteará algún método más clásico como imprimir la encuesta en octavillas de papel y colocación de una urna en lugar visible pero discreto, fuera de la sala donde se hace la mamografía.

El diseño y la metodología de la encuesta se acordarán en las reuniones del grupo de mejora.

INDICADORES

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas de forma global con el PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias que se muestran satisfechas o muy satisfechas con la facilidad de acceder al contacto (telefónico /mail) con el Programa (estándar >75 %)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la información que se le proporciona del PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con el trato recibido por el personal del PPCM (estándar > 95%)

% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la confortabilidad de las instalaciones del PPCM (estándar > 95%)

DURACIÓN

- Primer trimestre 2019: diseño y metodología de la encuesta

- Abril / septiembre: aplicación de la encuesta según criterios establecidos previamente

Noviembre /Diciembre: Estudio de resultados de la encuesta. Detección de áreas de mejora. Planificación de acciones para mejorar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0264

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS RIVARES MORCATE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA
FERNANDEZ CAÑADA PATRICIA
LLACER NAVARRO CARMEN
LOPEZ BERNUES RICARDO
LLORENTE ALASTRUEY MARTA
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer otras encuestas realizadas en entornos similares al nuestro. Esta búsqueda nos permitió llegar a elaborar la encuesta definitiva, más ajustada al perfil de los pacientes de la unidad. En dicha encuesta se valora varios ítems: nivel de satisfacción de la estancia en la unidad, información recibida por las diferentes disciplinas, participación en las actividades, la comunicación que el personal ha mantenido con los familiares, la calidad de los cuidados recibidos, el tiempo de atención dedicado por las diferentes categorías, así como la confianza que ha transmitido al paciente el personal que le ha atendido y el grado global de satisfacción de la estancia en el servicio.

METODOLOGÍA

Difusión de la encuesta entre los profesionales de la unidad para su conocimiento y puesta en marcha. Para ello se hizo una reunión donde se explicó la sistemática de entrega y recogida de la misma.

El material desarrollado ha sido la encuesta en formato papel dinA3. Se habilitó un buzón situado en una zona más visible y accesible para los pacientes.

La encuesta se entregó a cada paciente en el momento de conocer que iba a ser dado de alta. Se le explicó que debía rellenarla y echarla directamente al buzón (ya que es anónima).

Se realizó un corte durante dos meses (20 noviembre 2019 a 20 enero 2020).

Indicadores:

- Pacientes ingresados con encuesta elaborada al alta / total de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría del 20/11/2019 al 20/01/2020

- Grado global de satisfacción: 85% de pacientes que rellenan la encuesta están "bastante" o "muy satisfechos"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el período de estudio propuesto (dos meses), se les entregó la encuesta a los pacientes para posteriormente realizar el tratamiento de los datos obteniendo los siguientes resultados:

- De 70 pacientes que estuvieron ingresados en ese período, se han recogido un total de 33 encuestas (47,14%).

Este resultado es debido a varios motivos, o bien al deterioro cognitivo del paciente, o traslado a otro hospital/centro sociosanitario, o la negativa a realizarla.

- En cuanto a los resultados obtenidos en relación a la satisfacción global durante su estancia:

o Casi la mitad de las encuestas realizadas (48,5%) refieren estar "bastante" o "muy satisfechos" con la calidad de atención recibida.

o Un 27,5% de los pacientes están "satisfechos" con la atención recibida.

o Casi un 10 % está "poco satisfecho" o "muy poco satisfecho" con la atención recibida.

o Un 15% no han rellenado el apartado de "grado global de satisfacción".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La encuesta elaborada reúne las condiciones necesarias para medir la calidad de atención y se adapta mejor al perfil del paciente en la unidad.

Este sistema sirve como instrumento y método de captación para recoger y conocer el sentimiento del paciente sobre su estancia y el nivel de satisfacción al alta y por tanto, nos permite poder trabajar en la mejora del confort y la calidad de atención de los usuarios.

El equipo está comprometido para valorar la opinión del usuario sobre su estancia en el momento del alta. Con el estudio realizado se observan los factores susceptibles de mejorar, si bien es cierto que tendremos que trabajar con el paciente la importancia que significa su cumplimentación para conocer los resultados y así poder intervenir en mejorar la atención en la calidad de los cuidados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/264 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0264

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Nº de registro: 0264

Título
ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

Autores:
RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, FERNANDEZ CAÑADAS PATRICIA, LLACER NAVARROCARMEN, LOPEZ BERNUES RICARDO, LLORENTE ALASTRUEY MARTA, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos importante la realización de una encuesta de satisfacción del paciente en el servicio de psiquiatría cuando reciba el alta médica y de enfermería. El paciente así puede expresar sus opiniones y manifestar su nivel de satisfacción.
Hasta el momento hemos detectado que no se rellena en papel porque la encuesta actual no se ajusta a las necesidades percibidas por los pacientes ni al trabajo que se desarrolla en la unidad.
Conocer el sentir de los pacientes y cómo perciben nuestra atención es fundamental tanto para que ellos se sientan reconocidos plasmando sus necesidades como para que el personal conozca y también evalúe esas mismas necesidades, carencias o sentimientos de satisfacción hacia el servicio y poder actuar en consecuencia de lo recibido.
La finalidad de este proyecto no es tanto realizar una medición estadística, que también, como conocer la percepción del paciente que está sufriendo un proceso agudo de salud mental y así intentar adaptar nuestro trabajo diario a sus necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar una encuesta de satisfacción al alta adaptada a las necesidades de la unidad.
-Recoger el nivel de satisfacción de los usuarios de la unidad de agudos en relación a la calidad en los cuidados
.

MÉTODO
-Realizar una búsqueda bibliográfica para conocer qué encuestas se están realizando en entornos similares al nuestro.
-Elaborar una nueva encuesta de satisfacción de usuarios de UCE.
-Establecer de forma sistemática la entrega de la encuesta al alta del paciente.
-Recogida y tratamiento de los datos de las encuestas.

INDICADORES
-Pacientes ingresados que salen con encuesta elaborada al alta / total de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría en el año 2019.
-Pacientes ingresados que salen con encuesta elaborada del 1 abril 2019 al 1 de junio 2019/ total de pacientes ingresados en el mismo período.

DURACIÓN
-Febrero 2019- Búsqueda bibliográfica
-Marzo2019: Elaboración de la encuesta de satisfacción
-Abril- Mayo2019: Recogida de datos
-Octubre- Diciembre 2019: Estudio y tratamiento de los datos para posterior evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0264

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ANA SALGADO GRACIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. REHABILITACION
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA
LERA DEL AMO JAVIER
NERIN BUEN NATALIA
MARTIN GROS LOURDES
LACAMBRA EVA
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2017 se registraron 1077 ingresos en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de los cuales 381 fueron valorados por el médico rehabilitador lo que representa el 35,37%.
Hemos agrupado a los pacientes en 3 diagnósticos principales: fractura de cadera, ACV y síndrome de inmovilidad (que aglutina un amplio y variado grupo de pacientes que no presentan ni fractura de cadera, ni un ictus y que engloba desde patología quirúrgica, infecciosa, tumoral, neurológica, etc)
En cada paciente se ha registrado el tratamiento que ha realizado (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia), el número de sesiones de cada uno de esos tratamientos y la atención a los familiares y/o cuidadores.
Las escalas con las que se han valorado a los enfermos, tanto al ingreso como al alta, son las siguientes:
Test FAC (Functional ambulation classification): test de marcha
Escala BipHS (Clasificación funcional de la bipedestación del Hospital de Sagunto)
TCT (Test de control de Tronco)
Escala Tinetti de equilibrio
Escala Fois (Functional Oral Intake Scale): escala funcional de ingesta por vía oral
Escala MECV-V: Método de exploración clínica volumen-viscosidad de deglución
Presencia de disartria: leve, moderada, severa.
PCA (Protocolo Corto de Evaluación de la Afasia):
Test del reloj para la valoración cognitiva
MEC: miniexamen cognitivo de Lobo
Índice de Barthel para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (AVDB)
Índice de Barthel modificado: para la valoración de las AVDB.

En las sesiones que realiza el equipo de rehabilitación los martes se ha comentado cada uno de todos los pacientes ingresados, se ha expuesto la situación actual, los objetivos a conseguir y los plazos. Se ha propuesto una fecha de alta que se ha respetado en la mayoría de los casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación con los 3 grupos diagnósticos hemos obtenido los siguientes datos:

99 pacientes presentaban una FRACTURA DE CADERA. De todos ellos únicamente 4 no realizaron ningún tratamiento.

95 enfermos realizaron 1555 sesiones de fisioterapia con una media de 16,4 sesiones por individuo. La mayoría de pacientes no caminan al ingreso y tienen una bipedestación no funcional o completamente dependiente. Al alta la mayoría necesitan un apoyo para mantener la bipedestación y caminan con ligero contacto de una persona. El control de tronco mejora y también el equilibrio. Los fisioterapeutas se han comunicado con 33 familias.

19 pacientes realizaron 291 sesiones de terapia ocupacional con una media de 15,3 sesiones por individuo. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta había mejorado su situación funcional. La terapeuta ocupacional habló con una familia.

13 pacientes realizaron tratamiento de logopedia, con una media por paciente de 6,3 sesiones de tratamiento y un cómputo global de 82 sesiones. A 8 pacientes se les realizó una valoración de la deglución. En 2 casos se contactó con las familias.

97 pacientes presentaban un ICTUS. Todos fueron valorados por el médico rehabilitador aunque 2 no llegaron a realizar ningún tratamiento.

90 pacientes, con una media de 19,6 sesiones por paciente, realizaron un total de 1743 sesiones de fisioterapia. La mayoría de pacientes no caminan al ingreso y tienen una bipedestación imposible o nula. Al alta la mayoría

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

mantienen una bipedestación muy asistida y caminan con mucha ayuda de una persona o 2 personas. El control de tronco mejora y también el equilibrio pero siguen siendo deficitarios. Los fisioterapeutas se han comunicado con 33 familias de enfermos con ictus.

53 pacientes realizaron 1151 sesiones de terapia ocupacional, con una media de 21,7 sesiones por enfermo. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta había mejorado su situación funcional aunque el índice de Barthel al alta es el más bajo de los 3 grupos diagnósticos. La terapeuta ocupacional habló con 12 familias o cuidadores.

72 pacientes realizaron, con una media de 12,6 sesiones por paciente, un total de 906 sesiones de logopedia. En 53 pacientes se valoraron los trastornos deglutorios. Se contactó con 19 familias.

3. En relación con los síndromes de inmovilidad 185 pacientes fueron agrupados bajo este diagnóstico. 5 de ellos no llegaron a realizar ningún tratamiento.

180 pacientes realizaron 2273 sesiones de fisioterapia con una media de 14,4 sesiones por paciente. La mayoría de ellos tienen una bipedestación no funcional no caminan en el momento del ingreso y no mantiene control de tronco. Al alta la mayoría tienen un buen control de tronco, necesitan un apoyo para mantener la bipedestación y caminan con leve ayuda de una persona. Se habla con 38 familiares o cuidadores.

37 pacientes realizaron 627 sesiones de terapia ocupacional con una media de 16.9. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta había mejorado su situación funcional. Se habló únicamente con una familia.

52 pacientes han realizado una media de 9,3 sesiones de logopedia con un total de 486 sesiones. Se valoraron a 38 pacientes por alteraciones en la deglución y se contactó con 8 familias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este trabajo hemos objetivado mediante escalas la situación inicial de los pacientes en el momento de comenzar el tratamiento rehabilitador y tras finalizar el mismo.

Hemos cuantificado también el número de familiares o cuidadores con los que establece comunicación con cualquier miembro del equipo de rehabilitación

Se han producido errores en la recogida de información y en su posterior registro informático que deben ser subsanados. Así, por ejemplo, no hemos podido saber en que porcentaje de enfermos se ha prolongado el tratamiento rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/377 ===== ***

Nº de registro: 0377

Título
PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
SALGADO GRACIA ANA, ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES, LERA DEL AMO JAVIER, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, MARTIN GROS MARIA LOURDES, LACAMBRA SANTOS EVA, CHARTE GASTON MARTA, NERIN BUEN NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Pacientes con alto nivel de dependencia, fundamentalmente por patología del sistema nervioso y/o del aparato locomotor

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios con dinámicas de trabajo diferentes. El tratamiento de los pacientes ambulatorios se realiza en las primeras y en las últimas horas de la jornada; suelen ser tratamiento individuales o en reducidos grupos, y con una duración máxima de 30 minutos. El tratamiento de los enfermos ingresados se realiza entre las 10 y las 13 horas, el tiempo que transcurre entre el desayuno y la hora de la comida. Disponemos por tanto de 180 minutos para atender a un colectivo que en ocasiones alcanza los 40 enfermos. En ese intervalo de tiempo realizan las diferentes sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia y aunque el tratamiento es individual, en las instalaciones están presentes los demás enfermos. Lógicamente cuanto mayor es el número de enfermos, menor es el tiempo de dedicación a cada uno.

De forma mayoritaria el paciente que ingresa en nuestro centro para rehabilitación es un anciano, con pluripatología y que de forma aguda o progresiva ve disminuida su capacidad funcional. Aunque también se derivan adultos jóvenes todos ellos son enfermos con una elevada dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVDB). Esto supone una elevada carga de trabajo y especialmente para el personal auxiliar de enfermería. Por circunstancias diversas ya sea por factores dependientes del enfermo (como la aparición de complicaciones médicas), o del propio sistema sanitario (realización de pruebas complementarias, consultas médicas...) o circunstancias sociales (realización de obras en el domicilio para la supresión de barreras arquitectónicas, enfermedad del cuidador o búsqueda de residencia) la estancia hospitalaria se prolonga y con ello también el tratamiento de rehabilitación.

Los recursos humanos del Servicio de Rehabilitación no solo no se han mantenido estables en los últimos años sino que han disminuido.

Como consecuencia de todas las anteriores circunstancias es necesario definir con precisión la duración más eficiente del tratamiento rehabilitador de manera que todos los recursos se dediquen a los enfermos con un potencial para mejorar funcionalmente y no a aquellos con una situación estabilizada.

La comunicación a las familias o cuidadores sobre los resultados funcionales obtenidos con cada enfermo se realiza habitualmente por intermediadores como son los médicos geriatras, que son siempre los que derivan mediante una hoja de interconsulta al paciente a rehabilitación. Con ello a veces se pierde calidad y cantidad en la información a pesar de las sesiones conjuntas semanales entre el médico rehabilitador y los médicos geriatras. Este es un punto débil que representa también una oportunidad de mejora con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- No prolongar la duración del tratamiento rehabilitador, una vez que se hayan alcanzado los objetivos propuestos por el equipo.
- Transmitir esos resultados obtenidos a las familias y/o cuidadores principales así como la enseñanza de cuidados.

MÉTODO

Los objetivos de cada paciente en rehabilitación se van a dividir en 3 categorías:

1. Objetivos de fisioterapia: relacionados esencialmente con la capacidad de marcha del paciente.
2. Objetivos de terapia ocupacional: relacionados con las AVDB y la situación cognitiva.
3. Objetivos de logopedia: en relación con la deglución y la comunicación.

Cada uno de estas metas se plasmará en una o varias escalas que se pasarán al enfermo al inicio, al final del tratamiento y semanalmente como mínimo. En función de ellas se establecerán unas pautas, en unos tiempos determinados y una vez alcanzados se programará una fecha de alta de Rehabilitación.

INDICADORES

Son 4 los indicadores principales:

- Porcentaje de pacientes en los que se prolonga el tratamiento rehabilitador y número de sesiones de cualquiera de las 3 terapias .
- Porcentaje de familias con las que se contacta y porcentaje en las que ésta se lleva a cabo la entrevista.

DURACIÓN

El inicio del plan tendrá lugar en el tercer trimestre del 2016 y las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017 con un primer corte de resultados el 30 de junio del 2017.

OBSERVACIONES

-Para cumplir uno de los objetivos del proyecto, la utilización del tiempo y de los profesionales de forma eficiente, sería necesario adquirir andadores de apoyo antebraquial, uno para cada una de las 3 plantas de geriatría. De esta forma las familias podrían emplearlos por las tardes, en el caso de que lo precise el paciente y fundamentalmente cuando se les ha dado el alta de RHB para mantener la capacidad funcional obtenida.
-El trabajo de los auxiliares de enfermería es esencial en el Servicio de Rehabilitación y por supuesto también en este proyecto. Por motivos de espacio no se han podido incluir entre los 8 componentes, pero los nombramos aquí: Juan José Sierra Grasa, María Boned Perez, Ana M^a Jaime Cuello, Rosario Martínez Perdomo, Lidia López Tormes, Basilia Jurado Castro. También queremos incluir a la informática María Isabel Pueyo Moy sin cuyos conocimientos e intervención no será posible la realización de este trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0601

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión TECNICO/A DE INFORMATICA
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALGADO GRACIA ANA
ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto era recoger de forma sencilla y fiable los datos de los pacientes que reciben tratamientos rehabilitadores en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, de forma ambulatoria.

Con estos datos, facilitar la elaboración de indicadores que nos proporcionen información de la actividad del Servicio con el objetivo final de mejorar en la asistencia que prestamos, con el consumo de tiempo y recursos más adecuados.

Tras varias reuniones entre la médico rehabilitadora, fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales del Servicio, se construyó una base de datos que recoge variables relacionadas con datos de filiación del paciente, procedencia, demora el comienzo del tratamiento (si es normal o preferente), causas de la demora, renunciadas a tto, causa de la renuncia, consulta y/o tratamiento, tipo del tratamiento que recibe

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha elaborado una base de datos que se aloja en el Servidor del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca
- Los datos pueden ser introducidos por todo el personal implicado, responsabilizándose cada uno de su área de tratamiento o consulta
- % de cumplimentación de los campos de la base = 98%
- Selección de indicadores (se prevee construir un pequeño cuadro de mando del servicio de rehabilitación):
- Procedencia (% de pacientes que provienen de Hscj, HSJ, A.P. y otros)
- % Pacientes derivados como preferentes
- % de pacientes que renuncian a tto (por causas)
- % pacientes que posponen la fecha de comienzo de tto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las fuentes de información para la construcción de indicadores deben ser sencillas y accesibles para que todos los profesionales introduzcan los datos y no se añada una carga importante de trabajo añadida a la asistencial. Es preciso analizar por el grupo de mejora los indicadores para concluir si, de verdad, miden la calidad del servicio.

Convenría construir un cuadro de mando del Servicio de Rehabilitación derivado de los datos recogidos para que el personal, en un golpe de vista, pueda valorar la evolución de su servicio y además sirva de incentivo para la recogida de la información.

Las medidas que observamos, no nos proporcionan información del resultado final del tratamiento rehabilitador, nos proporcionan información de la calidad del proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/601 ===== ***

Nº de registro: 0601

Título
MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Autores:
PUEYO MOY MARIA ISABEL, SALGADO GRACIA ANA, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, ASEJO LOSTAO MARIA ANGELES, MARTIN GROS MARIA LOURDES, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0601

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente geriátrico pluripatológico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios. En general se trata de pacientes geriátricos con múltiples patologías. En los 15 años de existencia del Servicio ha aumentado considerablemente la actividad con prácticamente los mismos recursos, por lo que se hace imprescindible una perfecta coordinación y un aprovechamiento del tiempo y de las actividades para prestar un servicio más eficiente. Para ello en primer lugar se impone una recogida y registro de todos los datos y una elaboración de indicadores sencillos y fácilmente medibles que nos proporcionen la información necesaria para tomar decisiones en cuanto al funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Contar con una base de datos de la actividad del Servicio
- Facilitar lo máximo posible el registro para todos los estamentos
- Tener accesible la información del Servicio para que todos los implicados puedan acceder a ella
- Obtener indicadores de medida de los procesos de Rehabilitación
- Facilitar la toma de decisiones en base a los indicadores obtenidos

MÉTODO
- - Reunión del Servicio de Rehabilitación con el de Informática para recoger las ideas e intentar plasmarlas en un primer borrador.
- Elaboración de la base de datos por parte de la Informática del Hospital
- Sesión informativa a todos los implicados acerca del registro de datos en la base informática
- Pilotaje de la base de datos (primer trimestre)
- Reunión para valorar las sugerencias de cambio tras el pilotaje
- Puesta en marcha definitiva

- Elaboración de los primeros indicadores

INDICADORES
- Base de datos elaborada: SI /NO
- % de cumplimentación de los campos de la base (>80%)
- Selección de indicadores básicos (se elegirán una vez pilotada la base de datos, se determinarán en la evaluación intermedia del proyecto)

DURACIÓN
- Elaboración de la base de datos: 4º trimestre 2016
- Pilotaje del registro: 1º trimestre 2017
- Implementación de las modificaciones tras el pilotaje: Abril 2017
- Puesta en marcha: Abril 2017
- Selección de indicadores: Junio 2017
- Evaluación final: Diciembre 2017

OBSERVACIONES
En esta primera propuesta se pretende registrar los pacientes ambulatorios. Posteriormente se pretende llevar a cabo una sistemática similar para pacientes ingresados, obviamente con algunos datos e indicadores distintos.

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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE MONICA GARCIA CORTES
· Profesión LOGOPEDA
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una Guía que incluye una hoja de ruta, en la que se plasman todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia.

Así mismo, se incluyen una serie de documentos que, a modo de plantilla, son cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias.

Se ofrecen sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas imparten formación sobre la disfagia, y presentan la Guía.

Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responden a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intrahospitalario antes y después de la realización de las sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Objetivos:

1. Mejorar la formación del personal sanitario en DO.

1.1. Impartir acciones formativas adaptadas a los grupos profesionales.

Indicador: -Realización de sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

1.2. Aumentar el grado de conocimiento en relación a la DO.

Indicador: -Mejora en, al menos, un 20% del grado de conocimientos de las profesionales.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados de los cuestionarios de evaluación previos y posteriores a la formación.

Resultado: - Mejora de un 21% en auxiliares de enfermería, y de un 35,8% en enfermeras.

2. -Mejorar la coordinación entre servicios.

2.1.-Presentar la guía de abordaje de la DO a los agentes implicados.

Indicador: -Realización de sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

2.2.-Implementar modelos de comunicación por escrito entre logopedia y enfermería.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

Indicador 2: -Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.

Métodos de evaluación: -Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ. -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -Explicación y entrega de los modelos.

Indicador 3: -Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.

3. Mejorar la detección de los pacientes con DO.

3.1.-Comunicar grupos de riesgo y signos clínicos de DO a enfermería.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

Indicador 2: -Presentación de los documentos de grupos de riesgo y signos clínicos de DO.

Métodos de evaluación: -Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.

-Cronograma acciones formativas.

Resultados: -Explicación y entrega de los documentos.

4. Mejorar el tratamiento de la DO y reducir sus complicaciones derivadas.

4.1.-Formar al personal en relación a ello.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones de formación impartidas.

4.2.-Mejorar la adaptación y seguimiento individual de las medidas compensatorias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Indicador:-Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.

Método de evaluación:-Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.

-Cronograma acciones formativas.

Resultado:-Explicación y entrega de los modelos.

Indicador 2:-Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El escribir y estructurar el plan de mejora de este modo nos ha ayudado a su implementación y seguimiento. Hemos comprobado que la comunicación entre profesionales es de vital importancia para el abordaje de los pacientes con disfagia oro-faríngea. Nos gustaría investigar y cuantificar esta relación: el grado de información del resto de profesionales del paciente, con el grado de mejoría en el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/927 ===== ***

Nº de registro: 0927

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
GARCIA CORTES MONICA, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFAGIA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta, para minimizar las complicaciones secundarias a la disfagia, y reducir así la duración de las estancias hospitalarias, y las rehospitalizaciones y fallecimientos causados por este trastorno

RESULTADOS ESPERADOS

- mejorar la formación del personal sanitario en disfagia
- mejorar la coordinación entre servicios
- mejorar la detección de los pacientes con disfagia
- mejorar el tratamiento de la disfagia
- reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.

MÉTODO

Elaboración de una Guía que incluya una hoja de ruta, en la que se plasmarán todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia. Así mismo, se incluirán una serie de documentos que, a modo de plantilla, serán cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias. Se ofrecerán sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas impartirán formación sobre la disfagia, y presentarn la Guía. Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responderan a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intra-hospitalario antes y después de la realización de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones .

INDICADORES

-Realización de sesiones formativas: >= 4

-Mejora del grado de conocimientos de las profesionales: > 20% tras la sesión formativa con respecto a test inicial

-Utilización de los modelos de comunicación entre profesionales: > 95% de pacientes ingresados con disfagia

DURACIÓN

PRIMER TRIMESTRE 2018: Elaboración de la Guía por parte de las Logopedas

SEGUNDO TRIMESTRE 2018: FORMACIÓN A PROFESIONALES

SEGUNDO SEMESTRE 2018. REGISTRO COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN FINAL Y CORRECCIÓN DE VARIACIONES SOBRE LO PLANIFICADO EN DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA CHARTE GASCON
· Profesión LOGOPEDA
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CORTES MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización.

-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos:

-Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
-Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
-Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

Indicador:

-Aumento en un año de, al menos, un 20% de las intervenciones a familias de pacientes con DO.

Método de evaluación:

-Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultados:

-Se incrementó en un 48,21% el número de intervenciones a familias de pacientes con DO, con respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A través de este plan hemos comprobado la importancia de la comunicación con las familias de los pacientes con disfagia oro-faríngea, de cara a mejorar el tratamiento de la disfagia. Nos surge la idea de lo interesante que sería cuantificar esta relación: entre familia informada y pronóstico de la disfagia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1009 ===== ***

Nº de registro: 1009

Título
MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Autores:
CHARTE GASCON MARTA, GARCIA CORTES MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

PROBLEMA

La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta. Se ha detectado la necesidad de mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia, tanto durante la hospitalización de los enfermos con disfagia como al alta domiciliaria, para garantizar el seguimiento de las indicaciones dadas desde nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
- Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
- Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

MÉTODO

-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización
-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

INDICADORES

-Aumento del número de intervenciones a las familias de los pacientes con disfagia: aumento de al menos un 20% con respecto al año anterior.

DURACIÓN

Primer semestre 2018: elaboración de los modelos de comunicación para las familias de los pacientes con disfagia.
Segundo semestre 2018: registro de las comunicaciones con las familias.
Diciembre 2018: Evaluación final y corrección de variaciones sobre lo planificado.

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 - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JUAN BLAS PEREZ LORENZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE DIOS ROMERO ALBERTO
MERINO LABORDA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para evaluar el cumplimiento de las recomendaciones sobre los informes de alta de los expertos de la Sociedad Española de Medicina Interna Med Clin (Bar).2010;134(11):505-510 se han revisado 50 informes de alta a través de la historia electrónica de las altas de Medicina Interna del Hospital de Jaca, elegidos al azar, correspondientes al mes de octubre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se observa que el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores es:

1: 86%, 2: 80%, 3: 98%, 4: 80%, 5. 66%, 6: 84%, 7:100%, 8: 2%, 9: 90%, 10. 98%: 11. 94%, 12: 66%, 13: 80%, 14:74%, 15.:78%, 16: 4%.

Hay que considerar que el objetivo 8 que se puso no figura en las recomendaciones de la SEMI (Conthe Gutierrez P, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc).doi:10.1016/j.medcli.2009.12.002) y es difícilmente alcanzable (hacer constar en un informe de alta la tendencia en sus constantes habituales). Tampoco figura y no hay acuerdo poner el email del Servicio o teléfono de la institución (16)

Se concluye por ello que todos los indicadores, excepto el 8 y el 16 se cumplen sobradamente en más del 50% de los informes;

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de los criterios de este proyecto supone una mejora en la práctica clínica que da lugar a una mejor información para el enfermo y el médico de Atención Primaria, por otra parte permite disponer de un mayor número de datos en la historia clínica electrónica del paciente lo que facilita la continuidad de la asistencia, y finalmente genera la satisfacción de un trabajo bien hecho, las causas de estas posibles deficiencias pueden ser el desconocimiento de las directrices o recomendaciones vigentes, la escasa dedicación a una actividad considerada burocrática y la complejidad de los datos al ser muchos pacientes crónicos complejos.

7. OBSERVACIONES.

Aún cundo inicialmente se pensó para el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Jaca posteriormente a su presentación los dos facultativos se han integrado con el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge, en donde hace 5 años ya se realizó un proyecto análogo y se ha incluido en el Acuerdo de gestión del Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge, por lo que figura como responsable el Jefe de Servicio; en los últimos 6 meses los siete facultativos del Hospital San Jorge han participado en la asistencia del Hospital de Jaca y de hecho la mitad de los informes del último mes les corresponden.

Pudiendo concluir que los informe de alta de Medicina Interna procedentes del Hospital de Jaca son actualmente de elevada calidad y cumplen las recomendaciones de la SEMI

*** ===== Resumen del proyecto 2016/638 ===== ***

Nº de registro: 0638

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
DE DIOS ROMERO ALBERTO, MERINO LABORDA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El problema se detectó al revisar el incumplimiento de las recomendaciones sobre los informes de alta de los expertos de la Sociedad Española de Medicina Interna (Consenso Para la Elaboración del Informe de Alta Hospitalaria en Especialidades Médicas. Med Clin(Bar).2010;134(11):505-510. Accesible online en: www.elsevier.es/medicinaclinica / <http://mileon.files.wordpress.com/2010/05/consensoinformealthospitalaria.pdf>).

Las causas de estas deficiencias en los informes pueden ser el desconocimiento de las directrices o recomendaciones vigentes, la escasa dedicación a una actividad considerada como burocrática y poco atractiva, la complejidad de los datos (pluripatológicos y polimedificados), la mayor probabilidad de cometer errores, el síndrome del médico quemado, la histórica ausencia de evaluaciones de calidad asistencial y la histórica ausencia docente e investigadora basada en la revisión de datos de informes de alta.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera mejorar la calidad y cantidad de información relevante del contenido de los informes de alta. Esta mejora se traduce en un impacto positivo para la continuidad asistencial entre diferentes niveles, se producen menores errores y mayor seguridad, se posibilita un mejor uso de datos para epidemiología, investigación, docencia y se evitan problemas legales.

MÉTODO

Se espera que, al menos el 50% de los procedimientos del informe del alta detallados en el consenso sobre los antecedentes, la historia actual, la exploración física, los exámenes complementarios, la evolución, los diagnósticos, el tratamiento y el control al alta se cumplan.

INDICADORES

Se proponen 16 indicadores (constancia de contenidos en los informes de alta):

1. Ausencia de acrónimos (excepto los clásicos HTA, EPOC y ECG).
2. Antecedentes: familiares, capacidad funcional o grado de dependencia en pacientes de alto riesgo (edad > 80 años, comorbilidad como ictus, neoplasia en fases terminal o demencia, por ejemplo).
3. Antecedente: información detallada de la comorbilidad (grado del déficit cognitivo, grado de EPOC, órganos diana afectados por la HTA o diabetes, % de la HB Alc en la diabetes, el estadiaje de la neoplasia (TNM, por ejemplo), el filtrado glomerular en la insuficiencia renal, causa y grado de la insuficiencia cardíaca, etc.).
4. Antecedente: pronóstico de las enfermedades en estadio avanzado o terminales (mal pronóstico e irreversible) y constancia de la orden de no reanimar o limitación del esfuerzo terapéutico (integrar las Voluntades Anticipadas).
5. Antecedentes: tratamiento actual o previo detallado con el nombre del principio activo, la dosis, la vía de administración y el horario prescrito.
6. Antecedentes: hábitos tóxicos, duración y su estimación cuantitativa.
7. Antecedentes: alergias, intolerancias y efectos adversos (diferenciados).
8. Exploración física: constantes previas habituales (su tendencia) y las de la asistencia pre o extra-hospitalaria (domicilio, 0,61 o Centro de Salud) que motivó el traslado.
9. Exploración física: constantes habituales en Urgencias: presión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura (Tª), sin olvidar la frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (Sat O2) indicando si es basal o con oxígeno y la escala del dolor si procede (dolor agudo o crónico y bajo tratamiento analgésico).
10. Evolución: consta el razonamiento clínico de los cambios de tratamiento y del diagnóstico diferencial.
11. Diagnóstico principal que motivó el ingreso, evitando en la medida de lo posible la mención de diagnóstico sintomáticos (disnea, dolor, fiebre) o sindrómicos (síndrome anémico, síndrome prostático) sin mención causal (aunque sea una hipótesis). Se detalla el diagnóstico según el indicador número 4.
12. Diagnóstico: grado de funcionalidad / dependencia (Barthel) (si precisa), así como el estado cognitivo (si precisa).
13. Diagnóstico: se incluyen también los efectos adversos, alergias, intolerancias, errores y yatrogenia (si precisa), así como los diagnósticos secundarios.
14. En el plan y recomendaciones se incluye la actitud pronóstica en función del estado de la enfermedad (paliativo, etc., si precisa).
15. Tratamiento: consta el principio activo, la dosis, la duración, la vía y el horario y se razonan los motivos de los cambios terapéuticos.
16. Se explicitan contactos de referencia para resolver dudas (teléfono de la institución / e-mail laboral).

DURACIÓN

- Análisis de la situación mediante estudio de una muestra de 50 informes de alta hospitalarios (escogidos aleatoriamente) del año 2016: hasta Enero de 2016.
- Exposición de datos, análisis y propuestas de mejora dando a conocer el proyecto en detalle a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

especialistas a los que va destinado: Febrero de 2017.

- Recogida de datos posterior (muestra aleatoria de 50 informes): de Marzo a Junio de 2016.

- Análisis de impacto (diferencias de cumplimiento de indicadores antes y después del proyecto): Julio 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
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0986

1. TÍTULO

VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ALLER CONDE
· Profesión MATRONA
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRASCO GARCIA MARIA ANGELES
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
NAVARRO GIL CELIA
FERRER POSA LAURA
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
MARTIN LAHUERTA MARIA
HERRER PURROY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este periodo se ha llevado a cabo la visita a las instalaciones de obstetricia del Hospital de Jaca con una periodicidad de una al mes por la matrona.
Se ha realizado una recogida de datos de mujeres que acudían a la visita desde Noviembre 2016 a Diciembre 2017 y los recursos empleados han sido la realización y copia de cartel para colocar por el hospital y centros de salud que corresponden y la elaboración de unas láminas para enseñar durante la visita.
Se ha elaborado un dossier para el equipo de matronas en el que se unifica la información a dar en cada visita.
Se ha informado personalmente al equipo ginecológico y matronas del centro de salud en contacto con las gestantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia de gestantes, respecto del total de nacimientos en nuestro hospital, a la visita ha sido del 22,13% por debajo del standard marcado en un principio. Hemos elaborado esta estadística con las visitas que se han realizado de Enero de 2017 a Diciembre de 2017.
No se ha podido recoger cuestionario de calidad marcado en los objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las gestantes y sus familias que han tenido acceso a este servicio nos han reportado satisfacción con el proyecto y durante la dilatación y el parto, las familias eran conocedoras de los protocolos y las rutinas hospitalarias. El alcance propuesto ha sido menor del marcado en un principio aunque estas tasas derivan en su mayoría de:
- Familiarizadas con las instalaciones por parto previo en nuestro hospital
- Dificultad para cuadrar fechas antes del parto.
- Cambios frecuentes en el equipo de matronas implicadas en el estudio

La renovación de este proyecto supondría la posibilidad de realización de la encuesta de satisfacción que quedó pendiente en esta edición que nos daría datos estadísticos sobre la satisfacción materna y la utilidad del mismo. Para ello vamos a establecer visitas guiadas más regulares, cada tres semanas y a elaborar el cuestionario de satisfacción para ser entregado al alta tras el parto a las mujeres que hayan acudido.

7. OBSERVACIONES.

En esta renovación se han incluido otras colaboradoras.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/986 ===== ***

Nº de registro: 0986

Título
VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Autores:
ALLER CONDE MARIA, ESANILLA SAMPER MARIA PILAR, BUENO PERAL ARANZAZU, MARTIN TARIFA LAURA, SANTIAGO SANCHO MARTA, HERRER PURROY LORENA, SAN MIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0986

1. TÍTULO

VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque:

PROBLEMA
Muchas guías de atención al parto en el territorio español ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la mujer durante su embarazo y al parto. Durante las consultas que realizamos desde la semana 36 de gestación, manifiestan su inquietud por conocer la forma de trabajo y los recursos con los que contamos en nuestro hospital. Creemos que la posibilidad de conocer las instalaciones, materiales, recursos y los lugares dentro del hospital donde se va a desarrollar el nacimiento de sus bebés, transmitirá a madres y a padres seguridad y confianza. Es un buen momento para la resolución de dudas en conjunto sobre la formas de actuación en situaciones de bajo riesgo y de protocolos en caso de traslado materno o neonatal.
Muchas guías de atención al parto en el territorio de España ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la atención al embarazo y al parto.

RESULTADOS ESPERADOS
Una vivencia más cómoda y cercana de su paso por el hospital conociendo el recorrido normal establecido para un nacimiento de bajo riesgo.
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.
Aumentar la información de la gestante sobre el circuito hospitalario en el momento del parto.

MÉTODO
Se programará una visita guiada el primer sábado de cada mes. La llevará a cabo la matrona que se encuentre de guardia ese día y recorrerán las salas de dilatación, los paritorios, sala de primera valoración neonatal y planta de hospitalización con sala de neonatos.
Crearemos un sistema de derivación desde nuestras consultas de matrona y desde las consultas de obstetricia. Estableceremos un estándar de visita que todas conozcamos para ajustarnos a un mismo recorrido e información.

INDICADORES
El 100% de mujeres que vayan dar a luz en nuestro hospital visiten la unidad
El 100% de las mujeres reciban la encuesta de satisfacción
Estableceremos un cuestionario, previa notificación y permiso por parte de la dirección de nuestro hospital, que será anónimo y en sobre cerrado. Dicho cuestionario estará basado en la escala Likert de satisfacción con 5 niveles de respuesta que recogeremos en el ingreso en planta tras el parto.

DURACIÓN
Se comenzarán las visitas en Noviembre 2016
Realización de las visitas a la unidad: Noviembre 2016-Agosto 2017
Recogida de todas las encuestas Agosto 2017- Septiembre 2017
Evaluación de los datos y del proyecto Octubre 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 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 - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA MARTIN LAHUERTA
· Profesión MATRONA
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALLER CONDE MARIA
CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
FERRER POSA LAURA
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
HERRER PURROY LORENA
NAVARRO GIL CELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Compra de la lenteja (disco-sit), sufragada por los componentes del equipo de mejora.
Se realiza un manual de uso del disco sit, accesible a todo el equipo y de fácil interpretación.
Se elabora un cuestionario de recogida de datos y satisfacción de la usuaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las usuarias ven de forma positiva el uso del disco-sit cuando se les propone su uso.
Las mujeres usuarias de epidural son más participes de su parto y más conscientes del mismo al no encontrarse estáticas en la cama durante la dilatación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto se vio dificultada por la carencia de un disco -sit apropiado en la unidad, por lo que los miembros del equipo de mejora sufragaron los gastos para comprar uno.
Se vió que la mejor forma de presentar el material y su uso no era una reunión con todo el equipo como se planteó al principio. Se valoró la posibilidad de realizar un manual de uso, ya que no requiere una técnica compleja ni dificultosa.
Queda pendiente recoger más datos que corroboren la consecución de los objetivos marcados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/235 ===== ***

Nº de registro: 0235

Título
USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Autores:
MARTIN LAHUERTA MARIA, ALLER CONDE MARIA, CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES, CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA, FERRER POSA LAURA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, HERRER PURROY LORENA, NAVARRO GIL CELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La pelvis materna tiene cierta capacidad de movimiento entre sus huesos. Los movimientos se producen en las articulaciones propias de la pelvis, provocando una modificación de su morfología interior por donde pasará el feto.

En el parto, la pelvis adapta su forma a la cabeza del bebé. Cada milímetro ganado facilita más su paso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Comprender que la pelvis se mueve y que deforma su interior significa un gran paso para no obstaculizar ese movimiento en el momento del parto.
En el medio hospitalario, el uso intraparto de la epidural está muy extendido. Tras su administración las mujeres dejan de adoptar posiciones que facilitan la apertura de su pelvis ya que los movimientos quedan prácticamente anulados, dificultando así el paso de la cabeza. A veces, a pesar de lograr dilatación completa el descenso de la cabeza no se efectúa por la limitación de movimientos y deriva en una cesárea o que el descenso sea "asinclítico" y precise un parto instrumental. El índice de cesáreas y partos instrumentados planteado por la Estrategia al Parto Normal (2012) para cumplir estándares de calidad se encuentra por debajo del 15%. En 2017, hemos reducido la tasa de cesáreas a un 20.6% con una tasa de instrumentación de 22.9%. Debido a la mayor morbilidad materno-fetal derivada de las intervenciones quirúrgicas se plantea un problema de salud que se presenta en pacientes (mujeres en trabajo de parto con analgesia regional) con unas necesidades específicas (limitación de la movilidad).
La esferodinamia facilita la dilatación, pero cuando se administra la epidural el proceso se suspende por la imposibilidad de la mujer de permanecer de pie de forma autónoma. La lenteja (disco-sit) permite la libertad de movimientos pélvicos, sustituyendo la esferodinamia clásica cuando no es posible tras la epidural, contribuyendo así a la dilatación y a la consecución de un parto eutócico. Posibilita el balanceo pélvico y el movimiento libre de las articulaciones de pelvis, columna y cadera, favoreciendo la ampliación de los diámetros pélvicos y evitando la contranutación sacra producida al estar apoyada contra una superficie dura (colchón) que dificulta el encajamiento de la cabeza.
Es por ello que nos planteamos el uso de una herramienta económica y accesible a nuestra población, que nos permita favorecer la biomecánica en el proceso de parto y así reducir las distocias de dilatación o expulsivo, derivadas de malposiciones fetales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la mecánica del parto (descenso, flexión, encajamiento, rotación interna) aumentando los diámetros pélvicos y permitiendo mayor elongación de ligamentos y articulaciones pélvicas tras la epidural.
- Disminuir las cesáreas y partos instrumentales como consecuencia de no descensos por distocias de rotación o no encajamiento de la cabeza.
- Hacer partícipe a la mujer de su parto, a pesar de la limitación de movimiento que la epidural produce, mediante la lenteja
- Incrementar la satisfacción de las mujeres en el proceso de nacimiento.
- Fomentar el uso de medidas no farmacológicas que permitan una mejor evolución del parto normal.

MÉTODO

La matrona ofrecerá a la mujer la posibilidad de usar la lenteja, instruyéndola y adaptando las posturas que crea oportunas en función de las exploraciones realizadas.
La paciente puede usarla sentándose sobre ella en la cama con las piernas cruzadas favoreciendo la entrada de la presentación fetal en la pelvis y descansar la espalda en la cabecera de la cama debidamente incorporada.
En decúbito lateral, la mujer se puede colocar encima de la lenteja; así el sacro está libre y la presión de la lenteja sobre la cresta ilíaca superior permite ampliar los últimos planos del canal del parto, favoreciendo el descenso y el inicio de la expulsión fetal.
En decúbito supino, la lenteja se puede colocar bajo la zona de la pelvis, debajo del sacro. Esto evita que el sacro quede fijado y pueda moverse con libertad.
La recogida de datos la realizarán las matronas del equipo durante el periodo establecido, en una ficha diseñada para tal actividad.

INDICADORES

- Nº partos instrumentados por distocia de rotación o no descenso: Nº partos intervenidos por distocia / total mujeres que usan la lenteja.
- Nº cesáreas con dilatación completa sin existencia de compromiso fetal previo: Nº cesáreas sin compromiso fetal/ total mujeres que usan lenteja
- Nº horas de dilatación: Nº horas dilatación de mujeres que usan la lenteja.
- Nº horas en expulsivo: Nº horas expulsivo de mujeres que usan la lenteja.
- Nº partos eutócicos: Nº partos normales con uso de lenteja / total de partos.

DURACIÓN

- Inicio: una vez confirmada la aceptación por la comisión de calidad.
- Preparación del personal: se reunirá al personal de paritorio para presentar el material y su uso en una sesión de una hora aproximadamente.
- Primera monitorización: 6 meses después del inicio
- Segunda monitorización: 12 meses después del inicio
- Finalización: Evaluación de resultados y valoración de implementación definitiva del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ALLER CONDE
· Profesión MATRONA
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
FERRER POSA LAURA
HERRER PURROY LORENA
SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL
PRADAS SANZ MARIA
MARTIN LAHUERTA MARIA
MEDRANO LOPEZ ERIKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una recopilación de partogramas de hospitales aragoneses, de hospitales de otras Comunidades Autónomas y se revisó el partograma recomendados por la OMS para el establecimiento de la recogida de datos de interés y de las líneas de acción en obstetricia.

Se establecieron reuniones periódicas con el servicio de obstetricia para establecer los datos a recoger en el mismo y posibles mejoras del partograma en uso. Fueron en total 4 reuniones con todo el equipo para la puesta en común.

Se acordó una reunión con supervisora y equipo de planta que recibe a la puérpera y al recién nacido en planta de hospitalización una vez se tuvo el boceto del partograma y los datos a registrar en la epicrisis del parto. Así queríamos mejorar la comunicación escrita con este servicio de cara a una mejora en la asistencia y en la efectividad de las actividades a realizar sobre la madre y el recién nacido incluyendo datos y registros de la estancia en puerperio inmediato.

Por último se presentó el nuevo partograma al servicio de pediatría que asiste en sala de partos para posibles mejoras en la recogida de datos en lo concerniente al recién nacido.

Se consensuó con servicio de documentación del Hospital San Jorge el procedimiento para enviar el nuevo partograma, maquetación y codificación con número de formulario para que pudiese ser suministrado por almacén con el resto de registros enfermeros oficiales utilizados en el Hospital de Jaca.

A día de hoy, el nuevo partograma, está enviado al servicio de documentación del Hospital San Jorge con el acuerdo de todo el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido un nuevo partograma para nuestra unidad de obstetricia del Hospital de Jaca para la mejor recogida y comunicación con los servicios que atienden a la madre y al recién nacido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La necesidad de un mejor registro en nuestro hospital tanto a nivel legal como a nivel funcional en relación al parto era una necesidad que se perseguían desde hacía tiempo. Con este proyecto se ha resuelto, con implicación de varios servicios, este registro y queda resuelta la demanda.

Queda pendiente la valoración tras la implementación del mismo, que no se incluían en este proyecto pero que se realizará en un continuo por seguir mejorándolo en caso de necesidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1282 ===== ***

Nº de registro: 1282

Título
MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
ALLER CONDE MARIA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, FERRER POSA LAURA, HERRER PURROY LORENA, SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL, PRADAS SANZ MARIA, MARTIN LAHUERTA MARIA, MEDRANO LOPEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El partograma es una herramienta para realizar un seguimiento del trabajo de parto, fue creada en el año 1954, desde entonces ha evolucionado incluyendo todo tipo de información. ayuda a monitorizar el trabajo de parto, se trata de una representación gráfica de los valores y de los eventos que se producen durante el parto, aparecen valores como los signos vitales de las parturientas, la frecuencia cardíaca de los fetos, el avance de la dilatación cervical, etc. Antes de Emmanuel Friedman no se había realizado ningún modelo exhaustivo de la evolución del trabajo de parto. Fue así que en 1954 él estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto

En 2008 el Ministerio de Sanidad elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto normal en la que establece que el uso del partograma reduce los partos prolongados, el uso de oxitocina, las tasas de sepsis posparto y las tasas de cesáreas mientras que incrementa el índice de partos espontáneos. A su vez establece, con una recomendación A, que se utilice una línea de acción de 4 horas

En 2015, la OMS (Organización Mundial de la Salud) anunció esta herramienta como una de las más importantes en el campo de la atención obstétrica moderna, por ello, recomienda su uso a nivel universal.

En la actualidad, el Hospital de Alta Resolución del Pirineo cuenta con un partograma para la recogida de datos y para el seguimiento de la dilatación de manera efectiva y clara. La necesidad de una revisión del mismo se plantea por la mejora en el seguimiento de la dilatación, adecuarnos a las recomendaciones generales del Ministerio de Sanidad en su Guía de Práctica Clínica y establecer registros más exactos y de mayor utilidad para la continuidad de cuidados de la parturienta y del recién nacido.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se dirige a la mejora de las condiciones obstétricas de las parturientas en trabajo de parto y un mayor control de los sucesos intraparto y periparto en recién nacidos con los siguientes objetivos:

-Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.

-Proveer a las matronas, personal médico y de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto que ofrezca mejor información del proceso y de eventos anteparto a destacar.

-Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.

-Reducir el índice de operaciones cesáreas y los resultados adversos perinatales mediante el establecimiento de líneas de alerta y de acción.

MÉTODO

- Se realizará una recopilación de diferentes partogramas de la Comunidad aragonesa y Comunidades vecinas y del partograma recomendado por la OMS.

- Se realizará una búsqueda bibliográfica para la adecuación a la evidencia científica sobre curvas de dilatación y fases.

- Se establecerán reuniones mensuales con el equipo de Obstetricia de Hospital de Jaca para poner en consenso los puntos o parámetros a modificar.

- Una vez se llegue al consenso de las modificaciones, se establecerá una reunión con el Servicio de Documentación de Sector de Huesca para establecer la maquetación del partograma y elaborarlo.

- Reuniones con el Servicio de Obstetricia postimplantación para nuevas revisiones y posibles modificaciones

INDICADORES

El indicador de consecución de objetivo lo marcará la puesta en marcha del nuevo partograma en nuestro servicio.

DURACIÓN

La duración del proyecto será de un año aproximadamente:

- Recopilación de partogramas : 1 mes

- Búsqueda bibliográfica: 1 mes

- Reuniones de Servicio : mínimo 2

-Maquetación por parte de Servicio de Documentación: en dependencia del mismo

- Puesta en marcha del nuevo partograma: 2 meses

- Reunión de revisión postimplantación: Al menos 1

- Correcciones, mejoras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0266

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE PEDRO JESUS AGON BANZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYUELO DEL VAL PASCUAL
PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO
NAVARRO GIL CELIA
ESCANILLA SAMPER PILAR
BUENO PERAL ARANCHA
ALLER CONDE MARIA
MARTINEZ MORALES SAMUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Comisión de Lactancia del Hospital de Jaca se ha reunido de forma periódica para trabajar en los objetivos descritos en el Proyecto de Acreditación de la primera fase de la IHAN.
Hemos diseñado un Protocolo de Lactancia Materna que recoge las propuestas de la IHAN, lo hemos adaptado a las características propias de nuestro hospital y nos hemos planteado revisarlo anualmente, o siempre que alguna novedad lo haga necesario (última actualización en septiembre de 2017).

Actividades realizadas para difundir el protocolo:

· Reparto de copias en las zonas del hospital que tienen relación directa con los recién nacidos, para que siempre se encuentren al alcance del personal sanitario implicado en la atención neonatal.

· Explicación directa del protocolo al personal sanitario.

· Presentación del protocolo y pautas para ser "Hospital IHAN" en sesiones clínicas, el 25 de octubre y el 12 de diciembre de este año, dentro del programa de sesiones de la Comisión de Formación del Hospital de Jaca.

Hemos puesto en marcha un sistema de registro de datos relativos a la lactancia materna (tipo de parto, peso al nacimiento, tipo de lactancia, etc) que se cumplimenta en todos los partos que se atienden en este hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En diciembre de 2016 el Hospital de Jaca obtuvo la acreditación de la Fase 1D de la IHAN.

En 2010, la tasa de lactancia materna exclusiva al alta en el Hospital de Jaca era 71.3%. En 2016 logramos un aumento a 74.3% y actualmente es 74.7%.

La satisfacción de madres, padres y personal sanitario es elevada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actualmente, desde la comisión de lactancia trabajamos para consolidar las mejoras realizadas y abordar los cambios necesarios para obtener la acreditación de la siguiente fase de la IHAN. Entre ellos, la realización de un curso de lactancia materna para profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/266 ===== ***

Nº de registro: 0266

Título
PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Autores:
AGON BANZO PEDRO JESUS, PUYUELO DEL VAL PASCUAL, PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO, NAVARRO GIL CELIA, ESCANILLA SAMPER PILAR, BUENO PERAL ARANZAZU, ALLER CONDE MARIA, MARTINEZ MORALES SAMUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Lactantes

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0266

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En 2004, el Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa, reconoció la lactancia materna como una prioridad de salud pública a nivel europeo, y las bajas tasas de amamantamiento y su abandono temprano como un problema de graves consecuencias para la salud materno-infantil, la comunidad y el medioambiente. Este Plan de Acción Europeo urgió a las administraciones nacionales y comunitarias a poner en marcha planes de actuación y recursos humanos y financieros que promuevan y apoyen eficazmente la lactancia materna. Actualmente, la prevalencia y la duración de la lactancia materna en España continúa siendo inferior a lo recomendado por la OMS y por Asociación Española de Pediatría. En nuestro ámbito, las tasas de lactancia materna exclusiva previa al alta y a los 3 meses de vida se estiman ligeramente mejores que las publicadas en otras áreas sanitarias, no obstante, creemos que todavía podemos progresar en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo principal es aumentar las tasas de lactancia materna y la duración de la misma, respetando siempre la decisión de la madre que opta por la lactancia artificial. Nuestro objetivo secundario es obtener la acreditación de la primera fase de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). La IHAN ha sido avalada por la OMS y la UNICEF para animar a los centros sanitarios a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Planteamos estos objetivos como el inicio de un proyecto más ambicioso. Nos proponemos desarrollar de forma progresiva y escalonada los cambios necesarios para completar las 4 fases de la IHAN (www.ihan.es).

MÉTODO

Para lograr la acreditación de la primera fase IHAN es necesario que exista en el Hospital una Comisión de Lactancia y una Normativa de Lactancia Materna establecida. El Hospital de Jaca cuenta con una Comisión de Lactancia con varios años de recorrido, formada por pediatras, ginecólogo, matronas, personal de enfermería y auxiliares. Esta comisión trabaja para desarrollar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural propuestos por la IHAN. Disponemos de un Protocolo de Lactancia Materna elaborado por las matronas del Hospital de Jaca, adaptado a las características propias de nuestro Hospital y consensuado en la Comisión de Lactancia. Para obtener la acreditación de la primera fase de IHAN también es necesario cumplimentar un cuestionario sobre diferentes aspectos asistenciales y organizativos del Hospital. La Comisión de Lactancia, en una de sus reuniones, debatió y completó dicho cuestionario propuesto por la IHAN.

INDICADORES

La IHAN se encarga de evaluar los logros alcanzados en las diferentes fases. No obstante, nosotros evaluaremos anualmente la evolución proyecto por medio de 5 indicadores: tasas de mantenimiento de lactancia materna al alta hospitalaria, a los 3, 6 y 12 meses de edad, y grado de satisfacción materna en cuanto al apoyo recibido.

DURACIÓN

Actualmente, cumplimos los requisitos necesarios para solicitar la acreditación de la primera fase IHAN. Esperamos obtener dicha acreditación este año, consolidar las mejoras realizadas y plantear el abordaje de los cambios necesarios para optar a la fase 2 en 2017. Posteriormente, trabajaremos en el desarrollo de las siguientes fases.

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 - 2016/1557

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO

- Profesión TER
- Centro H JACA
- Localidad JACA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAUSELL MINGOTES PILAR
FRIAS RAMON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de un listado de verificación de la correcta identificación de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía.
- Medición de resultados antes y después de la implementación de la medida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Resultados antes de la implementación del listado de verificación (medición realizada en Mayo y Junio):
 - Total exploraciones realizadas en pacientes ingresados: 31.
 - Procedencia: 51,6% Medicina Interna, 35,5% Cirugía, 12,9% Traumatología.
 - Prioridad: 96% Normal.
 - Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía: 29 pacientes/ 31 pacientes.
- Resultados tras la implementación del listado de verificación (medición realizada en Noviembre):
 - Total exploraciones realizadas en pacientes ingresados: 13
 - Procedencia: 69,2% Medicina Interna, 30,8% Traumatología.
 - Prioridad: 100% Normal.
 - Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía: 13 pacientes/ 13 pacientes.
- Realización del check list: Sí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de la implicación del personal TER y los pacientes en su propia seguridad para disminuir el número de efectos adversos, con respecto a la identificación correcta.

Es necesario ampliar la medición para valorar si la medida instaurada ha sido efectiva

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1557 ===== ***

Nº de registro: 1557

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Autores:
GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL, RAUSELL MINGOTES PILAR, FRIAS RAMON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes ingresados que precisen la realización de una radiografía.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1557

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se define como efecto adverso cualquier evento que provoca daño al paciente. Muchos de los efectos adversos que se producen en el ámbito hospitalario son como consecuencia de un error en la identificación de los pacientes. Los factores precipitantes de este efecto adverso son las edades extremas, problemas de audición, ausencia de protocolos estandarizados entre otros. Estos factores ocurren en nuestro centro dado el envejecimiento de la población de referencia.

Por todo lo anteriormente expuesto, nos parece importante abordar este problema de seguridad en el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora en la seguridad de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía, disminuyendo el número de efectos adversos mediante la verificación de la correcta identificación.
- Implicación del personal de TER en la seguridad del paciente ingresado.
- Implicación del paciente ingresado en su propia seguridad.

MÉTODO

- Realizar un listado de verificación de la correcta identificación de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía.
- Implicar a los pacientes en su propia seguridad.

INDICADORES

- Realización del listado de verificación.
- Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía.

DURACIÓN

- Realización del listado de verificación: último trimestre de 2016.
- Recogida de los datos: durante el 2017.
- Medición de los 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:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1162

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO
· Profesión TER
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRIAS RAMON MARIA PILAR
RAUSELL MINGOTES PILAR
GIMENEZ NAVARRO CARMEN
ROCA CAMPO MIRIAM
ALMEIDA ESCARTIN NURIA
TROBAJO NAVARRO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de un protocolo del uso de arco quirúrgico.
-Revisión y consenso del protocolo por todo el personal sanitario implicado.
-Difusión e implementación del protocolo.
-Realización de una encuesta de satisfacción entre el personal sanitario implicado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados de la encuesta para valorar la satisfacción y las expectativas del personal sanitario implicado:
Nº de encuesta recibidas/ número encuestas entregadas: 100%
· Valoración grado de satisfacción entre los profesionales implicados:
-Grado satisfacción con la elaboración del protocolo: 85% muy satisfecho, 15 % moderadamente satisfecho.
-Grado de satisfacción con la difusión del protocolo: 85% muy satisfecho, 15 % moderadamente satisfecho.
· Valoración de las expectativas:
-Disminución de la variabilidad clínica: 100% muy de acuerdo
-Disminución de la tasa de repetición número de exposiciones inservibles / número total de exposiciones: 71.4% muy de acuerdo, 28.6% acuerdo intermedio.
-Disminución del tiempo de realización de examen: 85% muy de acuerdo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización del protocolo de uso del arco quirúrgico ha supuesto una disminución de la variabilidad clínica en dicho proceso y en el tiempo de realización del examen, mejorando la seguridad clínica del paciente. También se ha logrado un elevado grado de satisfacción entre los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1162 ===== ***

Nº de registro: 1162

Título
UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

Autores:
GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL, FRIAS RAMON MARIA PILAR, RAUSELL MINGOTES PILAR, GIMENEZ NAVARRO CARMEN, ROCA CAMPO MIRIAM, ALMEIDA ESCARTIN NURIA, TROBAJO NAVARRO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1162

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

PROBLEMA

El arco quirúrgico es un instrumento utilizado principalmente para la obtención de imágenes radiológicas de alta resolución y calidad a tiempo real, en el ámbito quirúrgico. Este facilita las intervenciones quirúrgicas y permite corroborar los resultados de manera inmediata.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende unificar los criterios de uso de un arco quirúrgico por los profesionales que integran el servicio, asegurando los estándares de calidad requeridos.

MÉTODO

Las acciones previstas son la elaboración de un protocolo consensuado de uso del arco quirúrgico, acompañada de la difusión del mismo.

INDICADORES

Elaboración del protocolo.
Difusión del mismo entre los miembros del servicio.

DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- mayo - agosto -> Redacción del protocolo.
- septiembre -> Aprobación consensuada del protocolo
- noviembre - diciembre -> Difusión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE EUGENIA PALANCA GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALADREN PEREZ BELEN
BORRA MOLINER ELISA
GONZALEZ GARCIA RICARDA
LACASTA VIVAS CARLOS
LAVILLA VILLAVERDE CARMEN
POVEDA SERRANO PILAR
SUPERVIA ALONSO ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos propusimos analizar desde el servicio de urgencias, mediante los siguientes indicadores las recomendaciones que elaboró la sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias (SEMES) sobre "Que no hacer", como objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias. Realizando un estudio observacional, descriptivo y de carácter retrospectivo analizando estos indicadores:

1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieren el control de diuresis:

a. Revisar historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes con diagnóstico de : Insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, shock, sepsis, hematuria, retención orina.

b. ¿Han utilizado sonda vesical?

c. Indicaciones para el uso de sonda vesical para el control de diuresis en estos pacientes:

- Pacientes graves que requieran control estricto de la diuresis sin poder asegurar la micción espontánea voluntaria.

- determinados procedimientos quirúrgicos.

- retención y obstrucción urinaria.

- excepcionalmente para mantener seco la zona genital como en el caso de escaras locales, introducir medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos, proporcionar una drenaje continuo o de lavado continuo de la vejiga.

d. Fórmula: n° pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/n° de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100.

e. Estándar: 80%.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de : insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia respiratoria, disnea, infección respiratoria, neumonía, insuficiencia respiratoria, asma, bronquitis.

b. ¿ Se ha realizado gasometría arterial?

c. Indicaciones de realización de gasometría arterial:

- EPOC

- Exacerbación moderada o grave.

- Constataciones de O2 bajas y/o sospecha de hipercapnia o carbonarcosis.

- Si es necesario por inicio o control de VMNI.

d. Insuficiencia cardiaca grave.

e. Asma si existen signos de:

- Crisis grave o de riesgo vital.

- Mala respuesta al tratamiento.

- Pacientes que no se puede mantener saturación por encima de 90% a pesar de oxigenoterapia.

f. Fórmula: n° pacientes que acude a urgencias por disnea a los que no se les realiza gasometría arterial/n° pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100.

g. Estándar: 80%

3. No realizar ecografía venosa de extremidades en pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y dímero-D negativo:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de "dolor en extremidades", TVP.

b. ¿Se realizó determinación analítica de dímero D?.

c. Se calculó la probabilidad clínica-escala de Wells (escala de Puesto clínico hospitalario, PCH).

d. Se derivó a Hospital de referencia para hacer ecografía venosa.

e. En aquellos pacientes con probabilidad clínica baja y dímero negativo, no precisan prueba de imagen ya que excluye el diagnóstico con seguridad por la baja incidencia de acontecimientos trombóticos (0,7%) durante el seguimiento a los 3 meses.

f. Fórmula: n° pacientes que acuden a urgencias y a los que no se derivan y/o no realizan Eco doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP en PCH (PCH)=0)/ n° de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH=0)x 100.

g. Estándar: 90%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir los antagonistas de la vitamina K:

- Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva, hematuria, sangrado que requiera intervención quirúrgica por ejemplo el politraumatizado y además si están tomando sintrom, warfarina).
- ¿Se ha administrado protomplex/plasma?.
- Los concentrados de complejo de protombina sólo se deben utilizarse en pacientes con hemorragia grave y en aquellos que necesitan cirugía urgente. Plasma sólo debe utilizarse en este contexto si los concentrados de protombina no están disponibles o están contraindicado.
- Formula: nº de pacientes a los que no se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protombina para revertir a los antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia/nº de pacientes en tratamiento con antagonistas de de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x100.
- Estándar: 90%.

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:

- Revisar HCE de hemorragia digestiva alta y baja, valorar si se ha puesto SNG o no.
- Su colocación raramente modifica el manejo del paciente con hemorragia digestiva, no tiene capacidad de predecir la necesidad de tratamiento endoscópico, no tienen impacto de resultados, no cambia actitudes clínicas, puede asociarse a un importante número de complicaciones.
- Formula: nº de pacientes a los que no se les coloca SNG antes hemorragia digestiva/nº de pacientes que acuden a urgencias con hemorragia digestiva x100.
- Estándar: 95%.

Se han difundido todos estos datos, entre los profesionales de urgencias y de hospitalización y las recomendaciones de las Semes mediante sesiones clínicas. En la primera sesión clínica realizada en noviembre/18 además se explicó los objetivos de este trabajo de calidad y posteriormente tras la recogida y análisis de datos se ha hecho otra sesión clínica en enero/19 para exponer los resultados obtenidos y a que conclusiones se ha llegado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A.Muestra a estudio:

La población a estudio la formarán todos aquellos pacientes mayores de 14 años de edad que tienen como primer diagnóstico en el servicio de urgencias del Hospital de Jaca, los antes mencionados en el periodo comprendido desde el día 1 de septiembre del 2017 al día 30 de septiembre del 2018.

B. Descripción de la muestra.

Se obtuvo una muestra de 778 pacientes distribuidos, según el diagnóstico, de la siguiente manera:

- insuficiencia cardíaca :149
- edema agudo de pulmón:8
- shock :9
- sepsis :29
- disnea: 33
- EPOC : 49
- insuficiencia respiratoria :35
- infección respiratoria : 54
- neumonía: 99
- bronquitis :135
- asma :31
- dolor de extremidad : 16
- edema de extremidad : 4
- TVP :10
- hemorragia digestiva alta : 18
- hemorragia digestiva baja : 11
- ascitis : 6
- politraumatizado : 5
- hematuria : 42
- retención de orina : 34

De esos 778 pacientes, 457 eran hombres (58,7%) y 321 mujeres (41,3%).

En relación a la edad, la mayoría de los participantes tenían entre 78 y 98 años (47%), siendo el siguiente grupo de edad más numeroso, con un 28,5%, el que comprendía el intervalo entre 57-77 años. Así mismo, siguiendo la tendencia descendente en cuanto a frecuencia, se situarán con un 16,1%, 7,2% y 1,2% respectivamente los siguientes intervalos de edad: grupo de 36-56 años, 17-35 años y mayor o igual a 99 años.

C. Recogida de datos.

Accediendo a la historia clínica electrónica (HCE) del paciente y al episodio relativo a la fecha y diagnóstico que consta en el PCH para la obtención de las variables a estudio, siempre manteniendo en el anonimato los datos del paciente a estudio.

Con toda la información obtenida se cumplimentarán una tabla Excel para, posteriormente, realizar la tabulación y análisis de los datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

D. Análisis y tratamiento de los datos.

A través de los programas:

Microsoft Office Excel para la codificación y tabulación de datos.

Microsoft Office Word para la redacción de informes y conclusiones.

SPSS para Windows (v.16.0) para el análisis estadístico de los datos obtenidos.

Microsoft Office PowerPoint 2007 para la realización del material de apoyo empleado en la presentación del trabajo.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas empleando porcentajes, y frecuencias absolutas mientras que, para las variables cuantitativas, además de las medidas anteriormente citadas, se utilizarán la mediana y la moda.

1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran control de diuresis:

De un total de 271 pacientes a un 31% (n=84) se les colocó sondaje vesical y a un 69% (n=187) no se les realizó, si lo analizamos según el diagnóstico con requerimientos para control de diuresis no se cumple el estándar establecido (80%) excepto en los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca que no se realizó sondaje vesical (91,9%), en el resto que son edema agudo de pulmón (50%), shock (33,3%), sepsis (72,4%), hematuria (52,4%), retención orina (0,0%) no llegan al estándar establecido, además llama la atención que en el diagnóstico de sepsis predominan los pacientes no sondados (de 29 pacientes en total, 8 consta que se realizó sondaje y en 21 no se realizó), que nos puede indicar que no se está realizando un control estricto de diuresis como indican las guías o que no consta en la historia clínica que se realizó este procedimiento.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:

Se analizó una muestra de 593 pacientes a los que un 67,5% no se les realizó por lo que no llegamos al estándar (80%) y si se realizó a una 32,5%. A los paciente que se les realizó mas este tipo de procedimiento ha sido con diagnóstico de edema agudo de pulmón (75%), EPOC (61,2%), insuficiencia respiratoria (57,1%) y cumplen el estándar a aquellos pacientes con diagnóstico de bronquitis (85,9%) y asma (93,5%). Cuando se analizaron todas estas historias clínica se llegó a la conclusión de que no consta que técnica se realiza, que tipo de gasometría si es arterial o venosa y en que condiciones se realizaba esta técnica (en estado basal o con oxígeno) y si se tenía en cuenta el estado basal de ese paciente (con que cifras de oxígeno tiene normalmente) para disminuir el número de gaometrías realizadas.

3. No realizar eco doppler a pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y D-dímero negativo:

Aquí tenemos una casuística baja (n=26) con un 57,69% que no se realizó ecografía por lo que estamos por debajo del estándar (90%) que puede ser debido también a la muestra baja de pacientes. Se les realizó D-dímero a todos pacientes con dolor de extremidad (n= 16) y sospecha de TVP (n= 10) siendo el resultado del mismo positivo en 15 (5 con diagnóstico de dolor de extremidad y 10 como primer diagnóstico de sospecha de TVP), a todos ellos se les derivó para realizar un ecografía a nuestro hospital de referencia, al no disponer en nuestro hospital de ecografía de urgencias. Además solo en un paciente quedó registrado el calculo de escala de Wells en su historia clínica que tenía D-dímero positivo y se derivó al hospital de referencia para realizar ecografía.

4. No administrar plasma o concentrado de complejo de protombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K :

De una muestra de 71 pacientes solo a uno se le administró complejo de protombina con diagnóstico de hemorragia digestiva alta y en tratamiento con sintrom . De estos 71 pacientes revisados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (n=18), hemorragia digestiva baja (n=11) y hematuria (n=42), están tomando sintrom un 16,9% (n=12) . No se administró plasma ni complejo de protombina a un 98, 6% que supera el estándar establecido (90%).

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:

De un total de 29 pacientes (n=18 con diagnósticos de hemorragia digestiva alta, n= 11 con diagnóstico de hemorragia digestiva baja) a un paciente se le colocó la SNG que presentaba una hemorragia digestiva alta, es decir a un 96,6% no se colocó SNG por lo que estamos encima del estándar establecido (95%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un control mayor de diuresis en enfermos con patologías como las sepsis.

- Dejar reflejado en las historias clínicas las técnicas que se realiza (tipos de sondaje, gasometrías) y las condiciones en que éstas se llevan a cabo para no perder información para futuros estudios.

- Utilizar las escalas que tenemos en el PCH y registrarlas en la historia clínica.

- Mientras realizáramos este análisis de datos desde nuestro hospital de referencia surgió un nuevo protocolo sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP, por lo que en la segunda parte de este estudio valoraremos si hay una mejora sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP tras la implantación del protocolo a seguir.

- Tras exponer con datos de este primera parte del estudio y exponer las conclusiones y los que hay que mejorar a los profesionales de urgencias y del hospital se volverán a hacer un segundo estudio entre el periodo de 1/10/18 hasta el 1/05/19 para ver si este estudio ha impactado de forma positiva en la optimización de recursos, evitar los riesgos secundarios a la realización intervenciones innecesarias y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/938 ===== ***

Nº de registro: 0938

Título
QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
PALANCA GRACIA EUGENIA, BORRA MOLINER ELISA, ALADREN PEREZ BELEN, GONZALEZ GARCIA RICARDA, LAVILLA VILLAVERDE CARMEN, LACASTA VIVAS CARLOS, POVEDA SERRANO PILAR, SUPERVIA ALONSO ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: VARIAS PATOLOGIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la situación actual de disminución de los recursos en los servicios de salud se ha hecho necesario el identificar y disminuir aquellos actos sanitarios sin una gran evidencia científica, lo que supone una falta de beneficio para el paciente, disminuye la seguridad del mismo ya que en muchas ocasiones estos actos pueden producir un daño en el usuario y aumenta los costes.
Varias han sido las iniciativas y propuestas para intentar controlar el problema de realizar actuaciones médicas y diagnósticas como las do not do recommendations (dndR), u otras como «Chooseling wisely» o «Making prudent healthcare happen», cuyos principios giran en torno a: no hacer daño, llevar a cabo la intervención mínima apropiada o hacer exclusivamente lo que sabemos y podemos hacer bien, siempre en un contexto de renovación de las relaciones entre profesionales y usuarios basado en la corresponsabilidad para la obtención de los mejores resultados y la atención más equitativa.
En 2013 el Ministerio de Sanidad realizó un "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas" con objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, estableciéndose una línea de trabajo "Que No Hacer", sobre la cual Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)elaboró sus 5 recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar los recursos
- Evitar los riesgos secundarios a la realización de intervenciones innecesarias
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados

MÉTODO
- Elaborar recomendaciones, criterios de inclusión y de derivación en relación a las recomendaciones "que no hacer" de SEMES
- Difundir entre los profesionales de urgencias y hospitalización las recomendaciones de SEMES mediante sesiones clínicas
- Medir el impacto de la intervención:
- Situación previa a la intervención
- Situación tras la intervención

INDICADORES
1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran el control de la diuresis.
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: N° de pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/N° de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias que precisan control de diuresis
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencia (SU)
f. Estándar: 80%

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: N° de pacientes que acude a urgencias por disnea a los que NO se les realiza gasometría arterial/ N° de pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por disnea
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 80%

3. No realizar ECO doppler a pacientes con baja sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Dimero D negativo
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: N° de pacientes que acuden a urgencias y a los que no se deriva y/o no realiza ECO doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP de Puesto Clinico Hospitalario (PCH) = 0) y Dimero D negativo/ N° de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH= 0) x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias con sospecha baja de TVP
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 90%

4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: N° de pacientes a los que No se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protrombina para revertir a los antagonistas de la Vitamina K en una situación de no emergencia / N° de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por hemorragia grave y que toman antagonistas de la Vitamina K
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 90%

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas (HD).
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: N° de pacientes a los que NO se les coloca SNG ante una HD / N° de pacientes que acuden a urgencias con HD x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por HD
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 95%

DURACIÓN

- Análisis de la situación previo a la difusión de las recomendaciones en septiembre 2018
- Dar a conocer las recomendaciones a través de sesiones clínicas y documento
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0815

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR POVEDA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALANCA GRACIA EUGENIA
LAVILLA VILLAVARDE CARMEN
SANCHO GRACIA ELENA
GIL FERRER LAURA
ABIZANDA CASTILLA ANTONIO
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL
ALVAREZ TOLOSA MARCOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? - Se obtuvo el TDRA a final de la temporada invernal de 2019 por lo que se ha retrasado ligeramente los tiempos establecidos inicialmente.
? - Se ha realizado estudio de situación previa al uso de TDRA y se está trabajando ya en la recopilación de datos de la HCE
? - Se está elaborando un proceso con: recomendaciones, criterios de realización y de no realización de pruebas complementarias y tratamiento tomando como guía los protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Se realizará una reunión inicial presencial y se trabajará on line entre los diferentes participantes del proyecto
? - Se ha realizado una sesión clínica para difundir entre los profesionales de urgencias el manejo diagnóstico y terapéutico de las faringoamigdalitis aguda en pacientes con edad pediátrica.
? - Se ha realizado una sesión clínica para difundir entre los profesionales de urgencias la técnica de hisopado para realización de técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA) para evitar resultados erróneos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

I: Inicialmente, realizamos un estudio retrospectivo para ver el manejo de estos pacientes previa a la adquisición del TDRA

DESCRIPCIÓN MUESTRA:

Recogida de datos.

Accediendo a la historia clínica electrónica (HCE) del paciente y al episodio relativo a la fecha y diagnóstico que consta en el PCH para la obtención de las variables a estudio, siempre manteniendo en el anonimato los datos del paciente a estudio.

Con toda la información obtenida se cumplimentarán una tabla Excel para, posteriormente, realizar la tabulación y análisis de los datos.

Análisis y tratamiento de los datos.

A través de los programas:

- Microsoft Office Excel para la codificación y tabulación de datos.
- Microsoft Office Word para la redacción de informes y conclusiones.
- SPSS para Windows (v.16.0) para el análisis estadístico de los datos obtenidos.
- Microsoft Office PowerPoint 2007 para la realización del material de apoyo empleado en la presentación del trabajo.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas empleando porcentajes, y frecuencias absolutas mientras que, para las variables cuantitativas, además de las medidas anteriormente citadas, se utilizarán la mediana y la moda.

Total de 104 pacientes diagnosticados de FAA. La mayoría de los pacientes eran niños 64 (61,54%) siendo los rangos de edad más comunes de 3 a 5 años con un 33,65% y de 9 a 11 años con un 25%.

La puntuación CENTOR en la mayoría de los casos está sacada por los investigadores en base a lo escrito por el médico en la exploración de urgencias, solo consta como tal la realización de la misma en 3 pacientes

Según AEPap está indicado el realizar el TDRA a pacientes con una puntuación CENTOR > o igual a 3. Por lo tanto: Se obtuvo un total de 19 pacientes con CENTOR mayor o igual a 3 (2 y 17 respectivamente) de los cuales sólo se le realizó TDRA a 5 de ellos (4 del grupo de CETOR =3 y 1 del grupo CENTOR >3).

De los pacientes en los que consta como tal la escala de CENTOR, 2 dieron una puntuación igual a 3 y otro igual a 4. A todos se les realizó el TDRA siendo positivo para uno de los pacientes con CENTOR 3

Estandar: pacientes con TDRA hecho y CENTOR >=3/ pacientes realizado TDRA (5/9)x100= 55,56%

La puntuación CENTOR en la mayoría de los casos está sacada por los investigadores en base a lo escrito por el médico en la exploración de urgencias, solo consta como tal la realización de la misma en 3 pacientes

Según AEPap está indicado el realizar el TDRA a pacientes con una puntuación CENTOR > o igual a 3. Por lo tanto: Se obtuvo un total de 85 pacientes con CENTOR<3) de los cuales sólo se le realizó TDRA a 4 (todos con CENTOR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0815

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

2) y no se le realizó a 81.

El total de pacientes sin realización de TDRA fue de 95 (independientemente de puntuación CENTOR)

Estándar: pacientes sin TDRA y CENTOR <3/ pacientes sin TDRA (81/95)x100= 85%

Un total de 63 pacientes (60%) fueron tratados con antibióticos.

Estándar: pacientes con amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico/ pacientes con antibiotico

(61/63) x100= 96%

II. Estamos trabajando en la elaboración de un protocolo de atención paciente pediátrico con faringoamigdalitis aguda, actualizado y adaptado a las características propias del Hospital de Jaca, consensado entre los diferentes estamentos participantes: enfermería, medicina de urgencias y Pediatría

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dados los resultados del estudio retrospectivo, hemos objetivado que aún tenemos mucho trabajo por hacer por lo que continuaremos trabajando en el proyecto para desarrollar los siguientes puntos:

- Revisión y consenso del protocolo por todo el personal sanitario implicado (médicos de urgencias, pediatría hospitalaria y de atención primaria, enfermería, auxiliares).
- Presentación del protocolo en sesión clínica del Comité de Formación Continuada del Hospital de Jaca
- Recoger los datos tras implantación del proceso
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección.

7. OBSERVACIONES.

continuaremos el trabajo en nuevo proyecto de 2020 de seguimiento para finalizar el mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/815 ===== ***

Nº de registro: 0815

Título
IMPLANTACION DE PROCESO PARA LA OPTIMIZACION DE ATENCION A PACIENTES PEDIATRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores:
POVEDA SERRANO PILAR, PALANCA GRACIA EUGENIA, LAVILLA VILLAVERDE CARMEN, SANCHO GRACIA ELENA, GIL FERRER LAURA, ABIZANDA CASTILLA ANTONIO, CRISAN ANDREA, MORENO MEJIA GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis (FAA) es una de las principales entidades dentro de los procesos infecciosos en la infancia. Las producidas por Streptococcus β-hemolítico del grupo A (SBGA) son prácticamente las únicas susceptibles de ser tratadas con antibióticos. La etiología depende de la edad, estación del año y área geográfica siendo lo más frecuente el origen vírico.

En nuestro servicio, el 2% de las consultas son compatibles con Faringoamigdalitis. No se dispone de técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA), con la consiguiente posibilidad de sobrediagnostico de FAA estreptocócica y sobre prescripción antibiótica

Este trabajo pretende evaluar la práctica clínica habitual de diagnóstico y tratamiento de FAA no complicadas, intentar demostrar las ventajas de disponer de TDRA para optimizar el uso de antibióticos.

Ningún síntoma aislado, ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar un 50% de probabilidad de FAS. Las escalas de predicción clínica ofrecen una aproximación al diagnóstico para seleccionar a los pacientes a los que luego se deben aplicar pruebas diagnósticas.

Para establecer el tratamiento, es exigible el diagnóstico etiológico Hay dos pruebas para la detección del EBHGA: TDRA y cultivo de muestra faringo-amigdal. Ninguna de ellas diferencia de forma definitiva los pacientes con FAA estreptocócica aguda de los portadores de EBHGA

RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivo principal: analizar el impacto de la implantación de un TDRA en nuestra práctica asistencial, en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0815

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

relación a la reducción de antibióticos prescritos innecesariamente.

- Elaborar un protocolo para homogeneizar el manejo de estos pacientes y optimizar el uso de antibióticos.

MÉTODO

- ? Elaborar un proceso con: recomendaciones, criterios de realización y de no realización de pruebas complementarias y tratamiento tomando como guía los protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Se realizará una reunión inicial y posterior trabajo on line entre los diferentes participantes.
- ? Difundir entre los profesionales de urgencias el manejo diagnóstico y terapéutico de las FAA en pacientes con edad pediátrica.
- ? Difundir la técnica de hisopado para realización de TDRA correctamente.
- ? Medir el impacto de la intervención: Situación previa y posterior a la intervención.

INDICADORES

- 1) Realizar la escala CENTOR para seleccionar a los pacientes a los que luego aplicar pruebas diagnósticas.
 - a) Dimensión: Efectividad
 - b) Formula: N° historias faringoamigadilitis en las que consta la realización de la Escala Centor/N° total historias faringoamigdalitis x100
 - c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
 - d) Tipo: proceso
 - e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - f) Estándar: 95 %
- 2) Realizar test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TDRA) en pacientes que esté indicado
 - a) Dimensión: Efectividad. Seguridad
 - b) Formula: N° de pacientes pediátricos con FAA a los que se ha realizado el TDRA estando indicado/N° total pacientes con FAA a los que no se ha realizado el TDRA x 100
 - c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
 - d) Tipo: proceso
 - e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes de Urgencias
 - f) Estándar: 90%
- 3) No realización de TDRA en el caso de que no esté indicado, tras valoración clínica y SCORE
 - a) Dimensión: Efectividad. Seguridad
 - b) Formula: N° de pacientes con FAA a los que no se ha realizado el TDRA no estando indicado/ N° total de pacientes con FAA a los que no se ha realizado el TDRA X 100
 - c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
 - d) Tipo: Proceso
 - e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes de Urgencias
 - f) Estándar: 90%
- 4) Optimizar el tratamiento antibiótico de Faringoamigdalitis aguda.
 - a) Dimensión: Efectividad. Seguridad
 - b) Formula: N° de pacientes diagnosticados de FAA tratados con Pencicilina o amoxicilina / N° pacientes diagnosticados de FAA tratados con antibióticos x 100
 - c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
 - d) Tipo: proceso
 - e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - f) Estándar: > 95%

DURACIÓN

- Realizar estudio retrospectivo previo a la instauración del TDRA (mayo 2019)
- Divulgar al personal de urgencias las indicaciones, el uso y manejo del TDRA (abril 2019)
- Elaborar un protocolo de atención paciente pediátrico con FAA, actualizado y adaptado a las características del Hospital de Jaca, consensado entre los diferentes estamentos. (junio 2019)
- Revisión y consenso del protocolo por todos los sanitarios implicados
- Presentación del protocolo ante el Comité de Formación Continuada del Hospital de Jaca (septiembre 2019)
- Recoger los datos tras implantación del proceso (noviembre 2019)
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección. (diciembre 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1124

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CHIA QUINTIN
DOMINGUEZ IZQUIERDO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de mejora constituido para la realización de este proyecto se reunió con periodicidad quincenal los primeros tres meses para repartir tareas de acuerdo a la categoría profesional de cada miembro del equipo de mejora. Tras la revisión de los aspectos jurídicos de la Documentación Clínica, actualizarla a las necesidades de los objetivos del proyecto. Se trabajó conjuntamente en la elaboración de un protocolo de actuación para con la documentación clínica que disipe las dudas existentes en éste aspecto a todos los profesionales del hospital. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se realizó una revisión completa de la legislación referente al uso de la documentación clínica y a los derechos de los ciudadanos con respecto al contenido de todos aquellos datos que aparecen en la Historia Clínica.
2. Se ha documentado el proceso "solicitud de documentación clínica", donde se recoge el protocolo de actuación ante las diferentes solicitudes de documentación clínica con las que nos encontramos en el trabajo diario del servicio de Documentación Clínica y Archivos del Hospital San Jorge.

El documento generado tiene 2 destinatarios finales:

- Externos: Todos aquellos usuarios y ciudadanos que necesiten solicitar cualquier documento de la Historia Clínica del hospital tanto suya como de aquellos a los que pueda representar legalmente.
- Internos: Todo el personal sanitario del hospital que esté en contacto con la Historia Clínica de los pacientes y a los que se les pueda pedir cualquier documento referido a los procesos asistenciales que haya tenido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha mejorado el conocimiento de todos los profesionales del hospital respecto la solicitud de documentación clínica y redundará sin lugar a dudas en la calidad del proceso de entrega de documentación clínica a distintos agentes. La legislación que regula estos aspectos ha sufrido modificaciones en los últimos años, por lo que resultaba imprescindible realizar una revisión de la misma para actualizar la toma de decisiones a la hora de servir o no la documentación clínica solicitada

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente la valoración de la adecuada implementación del protocolo. Para ello en los siguientes meses se auditarán las solicitudes. El indicador que utilizaremos para medir el resultado será el siguiente:
Número de solicitudes de documentación realizadas siguiendo el protocolo / Número total de solicitudes de documentación

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1124 ===== ***

Nº de registro: 1124

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
CALLAU PUENTE JAVIER, SOLANO CHIA QUINTIN, DOMINGUEZ IZQUIERDO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1124

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Documentación clínica referida a cualquier patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Eficiencia en la gestión de la documentación clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital San Jorge, como todos los hospitales de la red pública, están sujetos a continuas peticiones de documentación clínica tanto por parte de particulares como entidades (mutuas, aseguradoras etc.), así como juzgados y profesionales sanitarios con fines de investigación, inspección etc. La legislación que regula estos aspectos está bastante dispersa y ha sufrido modificaciones en los últimos años, lo que dificulta la toma de decisiones a la hora de servir o no la documentación clínica solicitada por los distintos agentes que hemos comentado anteriormente. Una vez acabado el proyecto mejorará el conocimiento de todos los profesionales del hospital respecto a este tema y redundará sin lugar a dudas en la calidad del proceso de entrega de documentación clínica a agentes distintos de las personas a las que se refiere la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Realizar una revisión completa de la legislación referente al uso de la documentación clínica y a los derechos de los ciudadanos con respecto al contenido de todos aquellos datos que aparecen en la Historia Clínica.
2. Redactar un protocolo de actuación ante las diferentes solicitudes de documentación clínica con las que nos encontramos en el trabajo diario del servicio de Documentación Clínica y Archivos del Hospital San Jorge.

MÉTODO

Desarrollar una revisión de los aspectos jurídicos de la Documentación Clínica, actualizarla a las necesidades de los objetivos del proyecto y elaboración de un protocolo de actuación para con la documentación clínica que disipe las dudas existentes en éste aspecto a todos los profesionales del hospital. Los profesionales implicados en el proyecto se reunirán 2 veces al mes en reuniones de no más de 3 horas para desarrollar las conclusiones del trabajo individual que haya realizado cada uno durante ese periodo.

INDICADORES

Protocolo de actuación por escrito aceptado por la Comisión de Historias Clínicas del Hospital, validado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital.

DURACIÓN

2017: Enero a marzo: Revisión de la legislación actual.
2017: Abril a Septiembre: Redacción del protocolo y presentación a la Comisión de Historias Clínicas del Hospital.
2017: Octubre a Diciembre: Validación por la Unidad de Calidad y aprobación por la Dirección.

OBSERVACIONES

El proyecto mejorará el conocimiento y la actuación de todos los profesionales del hospital respecto a la gestión de la Documentación Clínica en todos los aspectos jurídicos que plantea, aclarando todas las actuaciones que se presenten, en un tema tan delicado y complejo como lo es el uso de la documentación cumpliendo estrictamente las leyes que protegen la confidencialidad para los usuarios del sistema sanitario.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NIVELA DURAND SOLEDAD
SOLANO CHIA QUINTIN
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE
ACIN CANFRANC LORENZO
IZARBEZ PUENTE ALBERTO
BORREL RONCALES LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han delimitado todos los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de la Unidad de Admisión y Documentación del Hospital S Jorge. Se delimitaron entradas y salidas.
Se han priorizado los procesos mediante un sistema de puntuación individual por los miembros del equipo de mejora valorando la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, la repercusión en los pacientes y/o usuarios, el beneficio para el personal sanitario y la eficiencia (coste económico y en valores como tiempo)
Se nombró propietario de cada proceso, siendo responsables de documentar el mismo, identificando al menos un indicador de medida del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se identificaron 6 Procesos operativos y 24 procesos secundarios. Se han documentado el 100 % de los procesos.
Se han identificado un 90 % de los formatos
Queda la implantación del registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Documentar todos los procesos por un único equipo de mejora, ha supuesto una importante carga de trabajo para algunos profesionales.
Se valora positivamente lo que supone como normalización del trabajo del Servicio, lo que compensaría la carga de trabajo.
Es necesaria la implicación de todo el personal para lograr registros bien cumplimentados que faciliten la elaboración de indicadores
Sería de gran ayuda un cuadro de mando con los indicadores propuestos

7. OBSERVACIONES.

El trabajo sirve de base para optar a certificación externa calidad tipo ISO 9001

*** ===== Resumen del proyecto 2018/546 ===== ***

Nº de registro: 0546

Título
COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S. JORGE DE HUESCA

Autores:
CALLAU PUENTE JAVIER, NIVELA DURAND SOLEDAD, SOLANO CHIA QUINTIN, ACIN CANFRANC LORENZO, IZARBEZ PUENTE ALBERTO, BORREL RONCALES LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

PROBLEMA

Se ha visto la necesidad de normalizar todos los procesos que se realizan en la Unidad de Admisión y Documentación clínica del Hospital S. Jorge. No es tarea ni sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo. El programa deberá implicar al mayor número de profesionales posible que trabajen en la Unidad, para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde, en cuanto tiempo se realizan todas las actividades, y de qué manera añadirán valor a la forma de hacerlo en la actualidad.

El servicio de Admisión es un pilar fundamental en el funcionamiento de los Hospitales. Su funcionamiento óptimo es fundamental para la gestión adecuada de recursos (camas, quirófano, pruebas diagnósticas, consultas externas, listas de espera...). En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.

En el aspecto de la Documentación Clínica, la gestión de las historias clínicas entraña una gran dificultad por el volumen que se mueve diariamente, siendo el archivo una de las unidades con capacidad para mejorar. Además, se presenta la historia clínica informatizada como un nuevo reto.

Dentro de éste escenario en 2016 se plantearon las bases para tratar de alcanzar una certificación externa de calidad tipo ISO 9001.

A lo largo del año 2017 desde el SADC se han desarrollado hasta el 70% de los procesos por lo que para el 2018 que darían el 30% para llegar a conseguir el 100%.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir la normalización de todos los procesos de la Unidad de Admisión y Documentación clínica (finalización del 30% de los procesos que quedan por documentar).

- Proponer la certificación externa como garantía de compromiso con la calidad y la mejora continua

MÉTODO

? Identificar todos los procesos relacionados con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica que faltan de normalizar.

? Delimitar la entrada y salida de los procesos

? Priorizar los procesos mediante un sistema de puntuación individual que valora la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, el beneficio que obtendrán los pacientes, el beneficio que obtendrá el personal sanitario, el coste económico o la mejora de la eficiencia.

? Nombrar los responsables de cada proceso.

? Documentar por el grupo de mejora.

? Identificar al menos un indicador por proceso.

? Normalizar formatos y registros.

? Plantear un sistema de auditoría interna, detectando áreas de mejora y observaciones o incumplimientos de lo normalizado.

? Revisión por la dirección

INDICADORES

Procedimiento de Ingreso (SI /NO)

Procedimiento de Traslado (SI /NO)

Procedimiento de Alta (SI /NO)

Proceso de coordinación organizativa del proceso asistencial en CEX (SI /NO)

Inclusión de pacientes en el registro de demanda quirúrgica (% de pacientes con datos incompletos o mal recogidos del total de pacientes incluidos el LEQ)

Preparación de dossieres para estudio-investigación (SI /NO)

Relación de puestos de trabajo (RPT) del SADC y definición del acceso informático. (SI /NO)

DURACIÓN

Fecha Inicio: 01/01/2018

Fecha finalización: 31/12/2018

Calendario:

? Primer semestre 2018: Revisión del total de los procesos definidos en su día e identificación de procesos que quedan hasta finalizar.

? Segundo semestre 2018:

1. Documentar el 30% de los procesos restantes.

2. Implantar

- Propuestas para 2019:

-Auditoría interna.

- Revisión por la Dirección

- Proponer la Certificación Externa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1247

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La población a estudio la comprendieron 62 pacientes con sospecha de alergia a penicilinas con o sin pruebas previas cuya historia clínica no contraindicaba la realización de las mismas. Para ello se realizaron a estos pacientes a estudio pruebas cutáneas en prick e intradérmicas con PPL, DM, Penicilina G, Ampicilina, Amoxicilina, ácido clavulánico, y si eran negativas se les realizaba una prueba de exposición oral con la o las penicilinas problema. Como control positivo se utilizó histamina diclorhidrato (10 mg/ml) y como control negativo una solución salina. A 20 pacientes se les extrajo una muestra de sangre para la determinación de los niveles de IgE total y específica frente a Amoxicilina, Ampicilina, Penicilina G, Penicilina V.

Los indicadores que se utilizaron para monitorizar el proyecto fueron los siguientes:

1. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para cualquiera de las penicilinas o sus componentes o con prueba de exposición positiva/ número total de pacientes a los que se realizan estas pruebas.
2. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para ácido clavulánico o con prueba de exposición positiva para ácido clavulánico/ número total de pacientes a los que se realizan las pruebas.
3. Número de pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas, con reacción a Penicilinas en años anteriores a 2017, con o sin pruebas de alergia previas, y son verdaderamente alérgicos/ número total de pacientes que creían ser alérgicos a penicilinas.
4. Número de pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas, con reacción a Penicilinas en años anteriores a 2017, con o sin pruebas de alergia previas, y no lo son/ número total de.
5. Número de historias clínicas de los pacientes del proyecto que contienen un documento de consentimiento informado firmado por el médico y el paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El porcentaje de pacientes con pruebas positivas para Penicilinas fue del 19,3%
El porcentaje de pacientes con pruebas positivas para ácido clavulánico pero con tolerancia a Penicilinas fue del 4,8%
El 10% de los pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas con reacción a Penicilinas en años anteriores, con o sin pruebas de alergia previas, son verdaderamente alérgicos a estos fármacos.
El 90% de los pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas con reacción a Penicilinas en años anteriores, con o sin pruebas de alergia previas, no lo son realmente
El porcentaje de historias clínicas de los pacientes incluidos en el proyecto es del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realizar un correcto diagnóstico de alergia a penicilinas o descartar alergia a las mismas es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder o no emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Descartar que un paciente sea alérgico a Penicilinas permite que en un futuro pueda beneficiarse del tratamiento más idóneo para él y no tener que emplear una alternativa menos eficaz y/o más cara.

7. OBSERVACIONES.

El poder realizar pruebas diagnósticas, en ocasiones de riesgo, en unas condiciones de seguridad para el paciente, con los recursos materiales y humanos necesarios, permite al personal sanitario de la Unidad de alergología realizar su trabajo con una mayor seguridad. Como resultado se mejora la calidad en la atención a nuestros pacientes, evitándoles falsos diagnósticos de alergia a fármacos. Sin unas condiciones de seguridad mínimas no se pueden realizar pruebas de riesgo como son las pruebas con fármacos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1247 ===== ***

Nº de registro: 1247

Título
INCIDENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1247

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS

ALERGIA A ESTOS FARMACOS

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ, BARBA LATAS VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alergia a fármacos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Realizar un correcto diagnóstico de alergia a penicilinas o descartar alergia a las mismas es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder o no emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Disponer de los medios materiales y humanos adecuados es fundamental para llevar a cabo un diagnóstico correcto.

RESULTADOS ESPERADOS

El presente proyecto tiene como objetivo principal confirmar o descartar alergia a antibióticos betalactámicos en pacientes de la provincia de Huesca con sospecha de alergia a Penicilinas, con o sin pruebas cutáneas y de exposición previas, que acuden a la consulta de alergia del Hospital San Jorge para confirmar o descartar dicho diagnóstico de sospecha.

MÉTODO

La población a estudio la comprenden 100 pacientes con sospecha de alergia a penicilinas con o sin pruebas previas cuya historia clínica no contraindique la realización de las mismas. Para ello se realizarán a estos pacientes a estudio pruebas cutáneas en prick e intradérmicas con PPL, DM, Penicilina G, Ampicilina, Amoxicilina, y si son negativas se les realizará una prueba de exposición oral con la o las penicilinas problema. Como control positivo se utilizará histamina diclorhidrato (10 mg/ml) y como control negativo una solución salina. A todos los pacientes se les extraerá una muestra de sangre para la determinación de los niveles de IgE total y específica frente a Amoxicilina, Ampicilina, Penicilina G, Penicilina V.

INDICADORES

Los indicadores que se van a utilizar para monitorizar el proyecto son los siguientes:

- Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para cualquiera de las penicilinas o sus componentes/ número total de pacientes a los que se realizan estas pruebas.
 - Número de pacientes con resultado positivo en las pruebas de exposición oral o parenteral frente a Penicilinas/ número total de pacientes a los que se realizan las pruebas de exposición con estos fármacos.
- El primer indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas cutáneas mediante prick test y pruebas intradérmicas a todos los pacientes incluidos en el proyecto. Tras un tiempo de 15 minutos se leerán y se anotarán los resultados en una hoja de registro.
- El segundo indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas de exposición oral o parenteral a los pacientes cuyas pruebas cutáneas o determinación analítica de IgE específica sean negativas. Se anotarán los resultados en una hoja de registro.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto junio 2017. Período de reclutamiento: 5 meses. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, los datos sobre la enfermedad, se realizarán las pruebas cutáneas y se sacará una muestra de sangre a los sujetos en los que esté indicado. Fin estimado del estudio: Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Lectura detenida del documento RESCAL (Recomendaciones de Seguridad y Calidad en Alergología). Este documento fue publicado en enero de 2018 por el Comité de Calidad y Seguridad de la SEAIC (Sociedad española de Alergología e Inmunología Clínica) con el objetivo de proporcionar una serie de recomendaciones sobre recursos humanos, técnicos y estructurales y de tiempos en función del riesgo y complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- La alergóloga ha identificado y clasificado las enfermedades alérgicas y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las mismas de los 760 pacientes de primeras consultas visitados entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, así como el riesgo de realizar estos procedimientos. La clasificación se ha realizado en base a la anamnesis y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología en función del riesgo estimado, estableciéndose los niveles de riesgo A, B Y C. Para cada nivel de estratificación el documento RESCAL define los recursos técnicos, estructurales y humanos necesarios para su ejecución, así como el tiempo de dedicación asistencial requerido.
Nivel A: Baja complejidad, corta duración (observación <2h), bajo riesgo de reacciones. Estas pruebas se pueden hacer en cualquier centro sanitario, con un nivel de asistencia bajo. Incluyen pruebas cutáneas, pruebas epicutáneas, espirometría, Test de broncodilatación.
Nivel B: Mayor complejidad, Observación >2h (tiempo en el que el paciente ha de permanecer bajo vigilancia del personal sanitario), Riesgo moderado-Alto de reacciones. Se recomienda que estas pruebas se realicen en un Hospital de día de alergia, que podría ser intrahospitalario o extrahospitalario siempre que pueda garantizarse la posibilidad de atención urgente en escasos minutos y acceso a la unidad de críticos en un tiempo inferior a 15 minutos. Incluyen prueba de exposición de bajo riesgo a alimentos y medicamentos, administración de fármacos biológicos, inmunoterapia.
Nivel C: Alta complejidad, supervisión y monitorización constante por parte de personal de enfermería o de facultativo especialista, Riesgo extremo por la gravedad potencial de la reacción o por la existencia de comorbilidad. Se trata de pruebas que precisan una estructura hospitalaria dotada de monitorización con acceso directo a UCI/REA/Urgencias, en donde poder atender a un paciente crítico, dotado con reanimación cardiopulmonar avanzada inmediata en caso necesario. Incluyen provocación bronquial inespecífica (metacolina), prueba de exposición de medio y alto riesgo con alimentos y medicamentos, desensibilización a medicamentos, inmunoterapia de riesgo.
- La enfermera entrenada especialmente en alergología ha realizado las técnicas diagnósticas y terapéuticas de alergología. Además, es la encargada del control de la conservación de extractos, del inventario, de las fechas de caducidad, de los suministros, etc.
- Se ha comprobado las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL y se ha intentado modificar la actuación en la práctica alérgica de nuestra Unidad en base a las recomendaciones de este documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL:

- Se comprueba periódicamente que el material para tratar reacciones anafilácticas está en stock y sin caducar
- Se tiene acceso a celadores rápidamente localizables para traslado de pacientes de forma urgente. Se dispone de una camilla con ruedas.
- Cuando se realizan pruebas de riesgo con fármacos o alimentos se comprueba que el paciente haya suspendido solo ese día betabloqueantes e IECA si los tomara por ser fármacos que, en caso de reacción anafiláctica, hacen que el paciente no responda bien a la adrenalina.
- Tener una UCI o un Servicio de Urgencias cerca para poder hacer pruebas de alergia con alimentos o medicamentos.
- Se dispone de un Electrocardiógrafo y carro de paradas cerca

De acuerdo con las recomendaciones del documento RESCAL en la Unidad de Alergología del hospital San Jorge habría que realizar las siguientes modificaciones:

- Poner en conocimiento de los gestores y otros especialistas la complejidad de los métodos diagnósticos y terapéuticos específicos de la especialidad
- Disponer de un Hospital de día de alergología definido en el documento RESCAL como lugar ubicado intrahospitalariamente donde se garanticen las medidas de seguridad en los procedimientos alérgicos y cierto grado de comodidad o confort para el paciente cuando el tiempo de observación previsto sea mayor de 2 horas o cuando el riesgo del procedimiento o situación basal del paciente aconsejen medidas adicionales de precaución. Es necesario 2 m2 por paciente. En 20m2 se pueden tratar hasta 10 pacientes. Las pruebas de provocación con alimentos o medicamentos, con independencia de la gravedad esperable, se debería de realizar en un hospital de día (por el período de observación superior a 2horas).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

- Disponer de un espacio o a sala de tratamiento de reacciones anexa a la sala de realización de pruebas aislada visualmente del resto de los pacientes del hospital de día.
- En la sala de pruebas faltaría un armario o vitrina para almacenar medicamentos.
- El personal que trabaja en la Unidad debería realizar un curso de reanimación cardiopulmonar cada 2 o 3 años.
- Estar familiarizado con el carro de paradas y saber utilizar el desfibrilador disponible.
- Realizar jornadas o sesiones de formación y actualización de los procedimientos en enfermería.

Para revisar la calidad asistencial entendida como éxito de los procedimientos y satisfacción de los pacientes atendidos se ha dispuesto indicadores de actividad, calidad e indicadores de rendimiento. Como indicador de actividad se ha utilizado el % de primeras visitas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, siendo éste de un 58,38%. En promedio, sin valorar complejidad asistencial ni ajuste por plantilla, un servicio de Alergología realizaría unas 1.000 primeras visitas anuales por médico especialista, observándose que en la Unidad de alergología del Hospital San Jorge este registro en el año 2018 se superó, probablemente debido a que visitamos más pacientes de primer día en huecos de revisiones libres (una primera visita por cada dos sucesivas). En este año 2018 había huecos de revisiones libres debido a que esta Unidad fue creada en el año 2017. El % de visitas sucesivas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018 ha sido del 41,61%. El porcentaje de consultas de alta resolución se ha estimado en un 17-20%.

Como indicador de rendimiento se ha utilizado el % de pacientes con enfermedad alérgica clasificados según el nivel de riesgo de los procedimientos del total de pacientes vistos en la consulta en el año 2018, que ha sido de un 66% desde abril de 2018. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel A ha sido de un 50%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel B ha sido de un 30%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel C ha sido de un 20%.

Como indicador de calidad se utilizó el % de pacientes sometidos a pruebas de exposición con alimentos o medicamentos en los que se comprobó que hubieran suspendido betabloqueantes e IECA el día de la prueba del total de pacientes sometidos a pruebas de exposición, que fue del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los indicadores asistenciales actuales solo miden actividad de primeras consultas y sucesivas, sin ninguna relación con la complejidad de los procesos atendidos, de los tiempos de dedicación asistencial requeridos para el desempeño de la actividad asistencial, de los métodos diagnósticos y de los procedimientos terapéuticos que exigen profesionales preparados y condiciones adecuadas que garanticen la seguridad del paciente y la calidad del procedimiento. Por tanto faltan indicadores de actividad que reflejen esta complejidad. Creemos que sería interesante poder reflejar de alguna manera los tiempos invertidos en preparar las pruebas a realizar en pacientes complejos, el tiempo que se tarda en realizar un informe, y el tiempo invertido en valorar volantes de hojas de consultas e interconsulta virtual.

En un inicio se pensó en incluir como otro indicador de calidad las encuestas de satisfacción de los pacientes pero finalmente no las llegamos a incluir. Se podrían incluir para un proyecto posterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/353 ===== ***

Nº de registro: 0353

Título
RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ, BARBA LATAS VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología alérgica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La práctica clínica alergológica ha de centrarse en las necesidades de los pacientes y en la población en general, y debe garantizar su seguridad y la calidad de la prestación.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es proporcionar una serie de recomendaciones que permitan desarrollar la práctica clínica alergológica en ese contexto de calidad y seguridad, definiendo para ello las necesidades estructurales y los recursos humanos y de tiempo aconsejados para el desarrollo de dicha actividad.

MÉTODO

Las herramientas clínicas que permiten el diagnóstico de certeza son una historia clínica completa, pruebas cutáneas estandarizadas, pruebas in vitro fiables y pruebas de exposición controlada para confirmar el diagnóstico o asegurar la tolerancia, en cada caso.

Se establecen dos niveles de intervención:

1. Diagnóstica: identificación del paciente alérgico y búsqueda de alternativas.
2. Terapéutica: procedimientos de desensibilización, inmunoterapia o administración de biológicos.

INDICADORES

1. Identificación y clasificación de las patologías alergológicas de acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10)
2. Identificación y clasificación de los procedimientos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología.
3. Clasificación de todos los procedimientos de acuerdo con su nivel de riesgo según consenso por parte de los comités de la SEAIC.
4. Definición de los recursos estructurales y humanos precisos para el desempeño de la actividad alergológica en relación con los procedimientos previamente descritos.
5. Definición de los tiempos asistenciales requeridos por el personal sanitario y por los pacientes para la realización de los citados procedimientos.

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio será el 30 de abril de 2018 y la fecha prevista de finalización del proyecto el 21 de diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0632

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En junio de 2017 se solicitó financiación para adquirir un captador Burkard. También se solicitó financiación para realizar el recuento y la identificación de pólenes en una instancia externa. Se adquirió el captador en octubre de 2018. En esa misma fecha, se colocó el captador de polen en la azotea de consultas externas. Es importante la localización del colector (altura, entorno) porque las concentraciones de pólenes obtenidas pueden variar. El cambio de tambor lo ha realizado la auxiliar de enfermería María SanVicente de forma semanal. Ese tambor se lo lleva un mensajero para el análisis de las lecturas de los recuentos de pólenes. Dicho análisis es realizado por Pablo González Romero, botánico del Departamento de Biología vegetal y ecología de la Universidad de Sevilla, quien remite los datos obtenidos del análisis a la Dra. Rojas mediante una tabla Excel y por correo electrónico. La Dra. Rojas vuelca los datos de las lecturas semanales en la web www.polenes.com para que estén disponibles de forma gratuita tanto para pacientes como para profesionales. Para comunicar a los profesionales y a los pacientes la disponibilidad de esta valiosa información, en cuanto se inició el volcado de los datos en la web añadimos un apartado en la hoja de recomendaciones que solemos entregar a nuestros pacientes alérgicos a pólenes informándoles de que ya podían consultar los niveles atmosféricos de polen en Huesca a través de la web www.polenes.com. Igualmente, se realizó un comunicado de prensa al diario Alto Aragón informando de dicho servicio. Además, se ha ido informando sobre la web a los compañeros del hospital y de los Centros de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los porcentajes de los pólenes de artemisa, gramíneas, olivo, cupresáceas, platanus, chenopodiáceas recogidos a lo largo del año 2019 respecto del total de pólenes recogidos son del 0,31%, 1,5%, 2,23%, 57,44%, 4,93%, 4,2% respectivamente.

Los porcentajes de pólenes menos prevalentes en otras zonas como por ejemplo pino, quercus, respecto al total de pólenes recogidos a lo largo del año fueron del 9,66% y del 17,3% respectivamente. Llama la atención estos inesperados elevados porcentajes recogidos en Huesca que hacen tenerlos en cuenta a la hora de valorar pacientes con síntomas durante los meses de marzo y junio que es cuando polinizan estos árboles.

El porcentaje de polen de abedul (polen que incluimos este año en la batería estándar) respecto al total de pólenes recogidos a lo largo del año fue del 0,02%.

El porcentaje de hojas con las recomendaciones para pacientes alérgicos a pólenes modificadas con la información de la web www.polenes.com respecto del total de hojas de recomendaciones ha sido del 100%. Ya no hay hojas sin dicha información.

El porcentaje de esporas de alternaria recogidos en los meses de mayo y noviembre, respecto del total de esporas recogidas a lo largo del año fueron de 3,71%, 0,83%, 23,13%, 45,73% respectivamente. Prácticamente no se recogieron niveles atmosféricos de esporas de alternaria en los meses de enero, febrero, marzo, abril y diciembre. Los recuentos de pólenes son de gran utilidad para el clínico. Con ellos podemos observar la correlación o no entre los recuentos de pólenes y esporas de hongos y los síntomas presentados por nuestros pacientes alérgicos. Los recuentos de pólenes son imprescindibles para identificar qué pólenes producen polinosis en cada ciudad o área geográfica. Nos permiten saber con más precisión cuándo deben los pacientes comenzar y finalizar su tratamiento profiláctico. Ayudan a entender mejor la variabilidad en la intensidad de los síntomas de unos años a otros y de unas áreas geográficas a otras. Sirven para diferenciar en pacientes polisensibilizados a diversos tipos de pólenes sensibilizaciones clínicas de subclínicas. Con la incorporación de los datos de Huesca a la web www.polenes.com, pacientes y profesionales disponen de información gratuita sobre los niveles de pólenes atmosféricos, su estacionalidad, los picos de concentración y la duración de la estación polínica.

Los indicadores utilizados fueron los siguientes:

Número de granos de polen de artemisa, gramíneas, olivo, cupresáceas, platanus y chenopodiáceas recogidos a lo largo del año 2019/ total de granos de todos los pólenes recogidos a lo largo de 2019.

Número de hojas de recomendaciones para pacientes alérgicos a polen modificadas con el apartado de la información de la web www.polenes.com/ Total de hojas de recomendaciones para pacientes alérgicos a polen entregadas a los pacientes

Número de esporas de alternaria recogidas entre los meses de mayo y noviembre de 2019/ total de esporas recogidas a lo largo de todo el año 2019

La fuente de obtención de la información fue el captador de polen Burkard colocado en la azotea de consultas externas y el método de obtención fue el recuento e identificación de pólenes y esporas de hongos realizada por el botánico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0632

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta información nos ha permitido modificar la batería de aeroalérgenos estándar que testamos a nuestros pacientes polínicos en base a los resultados obtenidos sobre los pólenes más prevalentes en Huesca. Por ejemplo, habíamos incluido abedul porque pensábamos que por la zona podría tener representación pero al menos este año se han obtenido porcentajes muy bajos, por lo que lo retiraremos de la batería estándar. Aunque llama la atención los elevados porcentajes de pólenes de pino y roble recogidos durante los meses de marzo y junio, no los incluiremos en la batería estándar pero los tendremos en cuenta cuando el paciente nos cuente síntomas en esa época y tenga negativos los pólenes más prevalentes para la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/632 ===== ***

Nº de registro: 0632

Título
ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS POLENES DE HUESCA A TRAVES DE LA MEDICION DE LOS NIVELES ATMOSFERICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detectó la falta de información sobre las concentraciones de los tipos polínicos más alergénicos y frecuentes presentes en la atmósfera de la ciudad de Huesca. Poder conocer los niveles de pólenes atmosféricos, su estacionalidad, los picos de concentración y la duración de la estación polínica es muy útil en sanidad ambiental para intentar reducir los efectos de las alergias por pólenes. Las herramientas que proporcionan estos datos son los captadores de pólenes. En la ciudad de Huesca no se disponía de un captador de polen. El Comité de Aerobiología de la SEAIC (Sociedad española de alergología e inmunología clínica) tiene como objetivo potenciar la investigación en el área de la aerobiología (estudio de los pólenes y hongos que se encuentran en el aire) y polinosis (enfermedades alérgicas producidas por los pólenes). Este comité cuenta con una red de colectores formada por 54 estaciones aerobiológicas en todas las comunidades autónomas que permiten saber la información detallada de los niveles de pólenes en todas aquellas zonas donde se encuentran. Huesca no se había incorporado a esta red de colectores. Los recuentos se facilitan a través de la web www.polenes.com de forma totalmente gratuita y sin restricciones para todas aquellas personas interesadas (profesionales o pacientes).

RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados que se espera conseguir son incorporarse a la red de colectores de la SEAIC para poder aportar datos sobre aerobiología y polinosis en la ciudad de Huesca disponibles tanto para pacientes como para profesionales interesados en disponer de esta información así como conocer cuáles son los pólenes más prevalentes en la ciudad de Huesca y así modificar si es preciso el protocolo de inhalantes testados en la consulta en base a los resultados obtenidos.

La población diana es Huesca

MÉTODO

Solicitar financiación para adquirir un captador Burkard
Solicitar financiación para realizar externalizar el análisis de las lecturas semanales de los recuentos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0632

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA

pólenes mientras no se disponga de personal entrenado en el reconocimiento de los tipos polínicos más importantes así como del transporte para que pueda realizarse dicho análisis.
Realizar un curso de palinología para saber reconocer los tipos polínicos más importantes desde el punto de vista alergológico. Para poder ejecutar esa acción se necesitaría un microscopio.
Colocar el captador de polen en el mejor lugar posible del Hospital San Jorge (lejos de edificios altos colindantes u otros obstáculos, así como de árboles muy próximos u otras fuentes de polen local) para que la captura sea lo más idónea posible.
Adquirir el compromiso de realizar las capturas de polen semanales mediante el cambio de tambor del captador.
Volcar semanalmente el análisis externo de las lecturas de los recuentos de pólenes en la página www.polenes.com
Comunicar a los pacientes y a la población de Huesca la disposición de dicha información en la web www.polenes.com a través de prensa y en consulta
Solicitar pertenecer al comité de Aerobiología

INDICADORES

Porcentaje de pólenes de gramíneas, olivo, cupresáceas, plantago, amarantáceas, platanus, urticáceas, betula respecto al total de polen detectado en cada estación del año
La fuente de datos es www.polenes.com

DURACIÓN

El captador Burkard se consiguió en octubre de 2018, así como la financiación para realizar el análisis de las lecturas semanales por un botánico.
Desde octubre de 2018 la auxiliar de enfermería María SanVicente y la Dra. Rojas cambian el tambor del captador todas las semanas y lo entregan a un mensajero que viene a buscarlo para su análisis.
Desde enero de 2019 se vuelcan los datos del análisis de las lecturas de los pólenes en la página www.polenes.com.
El proyecto durará hasta el 31 de diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE AINOHA GARCIA CLAVER
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUZO FONCILLAS JOSE
FERRER GIMENEZ MARGARITA
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
LAVIÑA FAÑANAS CONCHA
PALACIN BURREL SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se mantiene la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa, tras el envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Este verano se ha revisado toda la documentación vigente del laboratorio y se han modificado y actualizado los documentos que se han considerado necesarios.
- Se ha realizado el cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Se ha incluido la PCR en el PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Se ha elaborado el PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces.
- Se ha elaborado el PTE-14 Mantenimiento de Equipo Sentifit 270
- En Julio y Agosto se han publicado los nuevos procedimientos y las revisiones en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- 21 de Noviembre de 2018. Se pasa la auditoría externa.
- A fecha de hoy (11-02-2019) está pendiente recibir el informe de auditoría interna para acometer los cambios y correcciones que se sugieren en ella.
- No obstante, ya se tiene preparada la una nueva revisión del PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces (revisión B) en la que se resuelven las desviaciones evidenciadas durante la auditoría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conseguir mantenimiento de la acreditación y la inclusión de la bilirrubina directa en el alcance: Conseguido, junio 2018
- Inclusión de PCR en el PTA-05 (actualización) : Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Agosto 2018.
- Elaboración y publicación del nuevo PTA-31 Determinación de sangre oculta en heces y documentos relacionados: Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Julio 2018
- % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%): Conseguido, se han incluido el 100% de ensayos propuestos.
- Actualización y revisión de documentos de nivel II y nivel III: Conseguido, actualizados 7 documentos de Nivel II y 22 de nivel III.
- Pendiente de recibir el informe de Auditoría interna por parte del equipo auditor.
- Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3: Pendiente, prevista Octubre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido los objetivos propuestos en este proyecto de mejora. En vista de la buena evolución durante la auditoría interna, es previsible que cuando se realice la auditoría externa (Octubre 2019) el Alcance de la acreditación incluya de forma oficial a las técnicas de PCR y sangre oculta en heces. Se precisaría más de apoyo de personal administrativo para realización de tareas de documentación y registros. Además, se debería obtener mayor reconocimiento laboral por el desempeño de actividades que contribuyen al mantenimiento del Sistema de Calidad de los Laboratorios del Servicio Aragonés de Salud.

7. OBSERVACIONES.

Habitualmente, las auditorías externas, como se recoge en la propia norma ISO 15189:2013 tienen una periodicidad no superior a 18 meses. Por este motivo, como la última auditoría a este servicio se realizó en Abril de 2018, la siguiente está prevista para Octubre de 2019. Una vez transcurra este proceso, se incluirán las nuevas determinaciones en el alcance de la acreditación para nuestro laboratorio.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/361 ===== ***

Nº de registro: 0361

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

GARCIA CLAVER AINOHA, PUZO FONCILLAS JOSE, FERRER GIMENEZ MARGARITA, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, LAVIÑA FAÑANAS CONCHA, PALACIN BURREL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Acreditación ISO 15189 o Certificación ISO 9001

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. La implantación y el mantenimiento del sistema de gestión de calidad supone la necesidad de mejorar continuamente y también un esfuerzo añadido a la actividad asistencial del servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad y aumentar el alcance de la acreditación para las determinaciones de Proteína C reactiva y sangre oculta en heces.

MÉTODO

- Mantener la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa.
- Envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Modificación de los procedimientos vigentes que se precisen según las observaciones de la auditoría externa.
- Cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Incluir la PCR en el PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Elaborar el PTA correspondiente, Procedimiento de análisis. Sangre Oculta en Heces.
- Elaborar el PTE correspondiente, Procedimiento de Equipos. Sentifit 270
- Incluir estos nuevos procedimientos y las nuevas revisiones de los procedimientos modificados en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
- Realizar la auditoría externa

INDICADORES

- Indicador: % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%)
 - Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3.
- La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN

El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2018 se incluirán las nuevas técnicas a acreditar que se evaluarán en la auditoría externa de 2019 (plazo aproximado 18 meses).

El calendario propuesto es el siguiente:

- Mayo 2018: envío de PAC a ENAC con las acciones de mejora propuesta.
- Junio: Recepción de la reevaluación de la acreditación de ENAC con incorporación de la bilirrubina directa en el alcance (proceso previo).
- Junio: Incorporación de PCR al Procedimiento de Análisis de Bioquímica General
- Julio-Agosto-Septiembre: Preparación de los procedimientos y documentación correspondientes a la Determinación de sangre oculta en heces.
- Octubre 2018: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
- Noviembre 2018 (estimado): Auditoría interna SALUD.
- Primer trimestre de 2019 (estimado): Resolución de desviaciones detectadas en la auditoría interna
- Octubre 2019 (estimado): Auditoría externa ENAC.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1180

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN LLIMIÑANA ORDAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUZO FONCILLAS JOSE
BUENO MORENO ANTONIO
SUBIAS LONCAN MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Estudio del flujo de trabajo del personal y de llegada de muestras urgentes al Laboratorio
- Análisis de los tiempos de demora, de respuesta y de procesamiento en los equipos analíticos
- Seguimiento de las muestras en tiempo real: "Gemba Walk"
- Identificación de problemas, interrupciones y limitaciones para el trabajo
- Observación de la disponibilidad y acceso al material de uso continuo y diario
- Documentación gráfica de la situación y espacios antes y después de la toma de decisiones
- Solución de problemas, corrección de dificultades y de errores perpetuados en las secuencias y métodos de trabajo, así como en la organización de espacios
- Eliminación de barreras y puesta en orden de los elementos almacenados durante años: material de trabajo inapropiado, cables, mobiliario mal dispuesto, protocolos no actualizados, dispositivos en desuso, libros de consulta antiguos, soportes informáticos desfasados, equipos sin uso, superficies infrautilizadas
- Implementación de áreas de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Flujos de trabajo mejorados y más resolutivos
- Espacios libres de obstáculos y optimizados
- Orden y limpieza en zonas de alto rendimiento y volumen de trabajo
- Actualización de protocolos y elementos de consulta
- Material ordenado con fácil accesibilidad ("cada cosa en su sitio y cada sitio para una cosa"; eliminación de material no útil ni adecuado
- Mejora en el rendimiento y satisfacción personal; renovado interés por el puesto de trabajo y mantenimiento en perfectas condiciones del mismo por parte de los trabajadores de la sección

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido mejorar de forma notable y satisfactoria para todos el área y modo de trabajo correspondiente al Laboratorio de Urgencias, zona de alto tránsito personal y alta de carga de trabajo, con mínima remodelación de espacios y reubicación de materiales y equipos analíticos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

El compromiso y análisis conjunto de todos los profesionales (facultativos y T.E.L) que trabajamos en esa área ha sido primordial para el cumplimiento de los objetivos propuestos y consenso de decisiones tomadas, en el beneficio del trabajo diario de todos y de fidelidad a los pacientes cuyas muestras analíticas procesamos con máximo rigor y profesionalidad con el mínimo tiempo de demora.
Agradecemos a Beckman Coulter® su apoyo y formación en el sistema LEAN que nos ha descubierto un nuevo modelo, que ha sido y será, de gran utilidad en la gestión y organización de nuevas áreas en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca en el futuro próximo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1180 ===== ***

Nº de registro: 1180

Título
APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, PUZO FONCILLAS JOSE, BUENO MORENO ANTONIO, SUBIAS LONCAN MARIANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1180

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actuación en Laboratorio de Urgencias
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Laboratorio de Urgencias desempeña un papel clave dentro del Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital, debido a las propias particularidades de funcionamiento que lo diferencian del resto de Laboratorios de rutina y lo convierten en una Unidad prioritaria de proyección de mejora dentro del Servicio.
En este área existe una mayor presión asistencial y el tiempo de respuesta depende de factores como:
- motivación constante del personal (turnos)
- organización del puesto de trabajo (muchas personas)
- distribución de espacios (limitado)
- utilización de analizadores y material (con frecuencia compartidos con rutina)
- atención a la principal línea telefónica de nuestro Servicio

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el rendimiento profesional del personal técnico especialista en Laboratorio (T.E.L.), atendiendo a la mejor utilización de espacios, tanto físicos como virtuales, con re-estructuración de flujos de trabajo mediante la implantación del sistema de mejora continúa "LEAN" y metodología de trabajo "5s"(modelo de gestión empresarial enfocado a obtener mejores resultados y máximo valor en el trabajo con los recursos disponibles), con el fin de conseguir un sistema consensuado de organización del área y sus recursos.

MÉTODO

- Introducción, motivación y formación por parte del responsable facultativo del Laboratorio de Urgencias a los T.E.L. en el sistema LEAN
- Implicación del personal usuario del área en la identificación de problemas, de procesos y toma de decisiones consensuadas para su posterior implantación
- Formación de grupos multidisciplinares para la participación en el análisis del sistema organizativo de trabajo, aplicable al Servicio de Laboratorio:
seleccionar, eliminar, estructurar, estandarizar y mantener
- Adquisición de nuevas herramientas de organización y gestión (LEAN)

INDICADORES

- Material gráfico del "antes y después"
- Identificación de errores y correcciones establecidas
- Mapa de procesos de resolución de problemas
- Paneles con fotos de la estandarización consensuada
- Elaboración de documento final de trabajo
- Evaluación externa por parte de empresa de formación (Beckman Coulter)

DURACIÓN

Formación en sistema LEAN: mayo 2018
Formación de grupos: mayo 2018
Análisis de situación: junio 2018
Aplicación del proyecto: junio 2018 con sistema de mejora continúa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0138

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE PUZO FONCILLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
FERRER GIMENEZ MARGARITA
CORED NASARRE ROSA
BUENO MORENO ANTONIO
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN
ABELLAN TEJADA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se realizó un estudio de necesidades que se referenció en los Lotes correspondientes del concurso general del Laboratorio de los Servicios de Análisis y Bioquímica Clínica.

Tras la adjudicación se adecuaron espacios, se instalaron los equipos verificando sus resultados y calidad analítica. Se realizó formación del personal y la dotación adecuada de equipamiento auxiliar.

Se realizó una costosa adaptación del SIL al Hospital de Jaca integrándolo en el SIL del Laboratorio del Hospital de Huesca

Para realizar toda actividad asistencial se instaló el equipamiento de laboratorio que incluye:

- 1 Equipo automatizado de Bioquímica AU 470 de Beckman-Coulter.
- 1 Equipo automatizado de Inmunoquímica Access de Beckman-Coulter.
- 2 Equipos automatizados de Hematimetría Beckman Coulter.
- 1 Equipo velocidad sedimentación globular
- 1 Agitador de rodillos para tubos
- 1 Equipo de bioquímica de sobremesa POCT Fuji
- 1 Equipo de inmunoquímica de sobremesa POCT Radiometer
- 2 Equipos de POCT de gases sanguíneos y equilibrio acido-base GEM 5000-
- 1 Equipo centralizado de conexión remota para control desde el Hospital San Jorge.
- 2 Centrífugas
- 2 Frigoríficos
- 1 Congelador.
- 1 Microscopio con captura de imagen, software y gestión de transmisión remota.
- 1 Estufa para Microbiología.

Los tiempos operativos del laboratorio referidos según su actividad han sido los siguientes:

- Atención continuada: 24 horas
- Atención ordinaria: de 8 a 15 horas.

Se han garantizado los siguientes tiempos de respuesta:

- Pruebas urgentes: 45 minutos.
- Pruebas ordinarias de pacientes ingresados: 2 horas

La actividad asistencial por la mañana ha incluido:

- Actividades preanalíticas de la actividad hospitalaria ordinaria.
- Calibración y control de técnicas en sistemas de trabajo ordinario.
- Preparación y envío de muestras para la realización de técnicas en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca.
- Realización de los análisis bioquímicos y hematológicos de los pacientes ingresados, analíticas preoperatorias y de los pacientes de hemodiálisis (pre y post).
- Atención a las urgencias analíticas del Servicio de Urgencias y de las plantas de Hospitalización.
- Procedimientos y registros de calidad analítica.

La actividad de tarde y noche consistirá en:

- Atención a las urgencias analíticas del Servicio de Urgencias y de las plantas de Hospitalización.
- Mantenimiento de los equipos y sustitución de consumibles y reactivos.
- Procedimientos de mantenimiento y de calidad analítica.

Demanda: El número de peticiones desde que se puso en marcha el nuevo laboratorio de Jaca (abril-diciembre 2019) ha incrementado en un 17,4% respecto al mismo periodo del año anterior (abril-diciembre 2018), con un total de 9037 peticiones en el periodo de 2019 frente a 7699 en el mismo periodo de 2018. Además se ha ampliado la cartera de servicios a todas las pruebas del laboratorio del Hospital de Huesca disminuyendo la externalización de muestras.

Los estudios analíticos realizados durante la actividad asistencial hospitalaria en horario de mañana han sido refrendados y validados por un FEA con actividad asistencial en el Centro. En el resto de horario (tarde y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0138

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

noche, y festivos), los estudios diagnósticos urgentes son realizados por un TEL que realiza validación técnica. Si es necesario, las incidencias o estudios analíticos de mayor complejidad han sido atendidas por el FEA de guardia localizada de turno en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca de forma remota. Además de la atención Urgente y hospitalaria se atiende también servicios de hemodiálisis y consultas del hospital como los preoperatorios. Las pruebas de mayor complejidad y que no sean urgentes son trasladadas en un envío diario al Hospital San Jorge de Huesca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de abril de 2019 la actividad del laboratorio del Hospital de Jaca se realiza por medios propios del Salud, estando asociada a los Servicios de Medicina de Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca.

El Laboratorio del Hospital de Jaca se ha integrado en el Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica y en las secciones de Hematología y Hemoterapia y de Microbiología, trasladando en este último caso las muestras al Laboratorio de Microbiología de Huesca.

Se ha establecido un sistema de recogida y traslado diario de muestras lo que ha permitido la utilización de la amplia cartera de servicios del Hospital San Jorge, a la vez que ha garantizado aquellas determinaciones que se consideran de urgencia.

Con este proyecto, la contratación del personal y la adecuación de equipamiento tecnológico, realizado a través del Concurso de reactivos y material de laboratorio se ha conseguido una prestación de servicio diagnóstico biológico con altas cotas de calidad, convirtiéndose en una continuación del ofrecido por este Servicio en el Hospital San Jorge de Huesca y toda su área de influencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias al trabajo en equipo se ha conseguido que el diagnóstico biológico del Hospital de Jaca haya tenido una continuidad total, garantizando la calidad de los análisis. Se han ido solventando algunas incidencias y se ha contratado un TEL más del inicial planteado debido a las necesidades del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/138 ===== ***

Nº de registro: 0138

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

Autores:
LLIMINANA ORDAS CARMEN, PUZO FONCILLAS JOSE, FERRER GIMENEZ MARGARITA, CORED NASARRE ROSA, BUENO MORENO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología, determinaciones urgentes
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las analíticas del Hospital de Jaca han sido procesadas durante los últimos años por un Laboratorio y personal externos que ofrecían sus servicios a dicho Hospital. Recientemente, este laboratorio ha pasado a formar parte del Sistema Aragonés de Salud, por lo que los servicios serán supervisados en su totalidad por el Laboratorio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital San Jorge de Huesca que funcionará como laboratorio de referencia. El Laboratorio es un Servicio Central con una función prioritaria de asistencia continuada, ofreciendo ayuda al diagnóstico, monitorización o tratamiento del paciente enfermo, para promocionar la salud e identificar factores o poblaciones de riesgo, con la máxima calidad técnica y humana, además de eficiencia económica. Este nuevo Laboratorio del Hospital de Jaca, supone una nueva proyección y desafío de trabajo para los profesionales del Servicio de ACBC del Hospital de Huesca en cuanto a instalaciones, adecuación de espacios, equipamientos y nuevas tecnologías, así como de organización para la correcta comunicación y funcionamiento en paralelo de ambos Laboratorios en sentido de áreas técnicas, calidad analítica, conocimiento y responsabilidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0138

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

RESULTADOS ESPERADOS

Puesta en marcha del nuevo Laboratorio en el Hospital de Jaca para la correcta gestión de la demanda y calidad analíticas, y aseguramiento de adecuadas prestaciones para este Hospital.

MÉTODO

Planificación de:

- dotación tecnológica con selección de modelos clínicamente útiles, exactos y trazables (según adjudicación por Concurso Público 2018)
- adecuación de espacios y flujos de trabajo
- consenso de Cartera de Servicios
- pruebas y servicios de eficacia reconocida y efectividad demostrada ajustada en el tiempo (coste-efectivo)
- prestaciones de servicio en entorno establecido y planificado de calidad (elaboración de protocolos)
- áreas de responsabilidad de carácter transversal de calidad (pre, analítica y post), sistemas de información (SIL), formación continuada y docencia

INDICADORES

Medición de la calidad asistencial:

- Memoria de actividad del laboratorio de Jaca
- valoración de tiempo de respuesta analítica
- ajuste a la demanda
- incorporación de datos a SIL de Huesca
- determinaciones analíticas de las dos principales áreas urgentes de conocimiento: BQ y Hematología
- garantía de calidad: procedimientos consensuados, protocolos revisables, verificación de nuevos equipos (ajuste de CV%, ES% y ET% para cada técnica analítica)
- detección de fallos y necesidades

DURACIÓN

- Marzo 2019: valoración situación actual y toma de decisiones
- Abril 2019: implantación tecnología y puesta en marcha
- Proyecto dinámico con supervisión y mejora continua

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0139

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ANA BELEN LASIERRA MONCLUS
• Profesión BIOQUIMICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUZO FONCILLAS JOSE
VALLES DIEZ IÑAKI
GONZALEZ SANCHEZ RUTH
LAVIÑA FAÑANAS CONCEPCION
PALACIN BURREL SILVIA
GASTON DENA CLARA
MEDINA GIMENO RUT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha mantenido el sistema de calidad adecuándolo tanto a los nuevos equipos asignados tras la resolución del Concurso Público del año 2018 como a las ubicaciones provisionales mientras se está reformando el Laboratorio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.

Las actividades realizadas han sido las siguientes:

- Reuniones semanales de la COMISIÓN DE OBRAS DEL LABORATORIO HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA formada por miembros de la Dirección del hospital, de los laboratorios implicados, del adjudicatario del concurso y del estudio de arquitectura encargado de las obras de reforma. Un total de 23 reuniones en 2019.

- Formación del personal del Laboratorio en filosofía Lean y creación de 4 grupos de trabajo que han desarrollado las siguientes tareas:

- Grupo I Bioquímica Rutina: estudio de necesidades de equipamiento, de mobiliario, cambio de pruebas a otros analizadores, adecuación de espacios, ubicación de frigoríficos/congeladores, distribución y racionalización de microscopios y petición electrónica.

- Grupo II Bioquímica Urgencias: estudio de necesidades de equipamiento, de mobiliario, distribución en la 4ta planta (cambios, retiradas, movimientos), habilitar perfil TEL Urgencias en Modulab, tubo neumático para muestras en 4ta planta con web cam y avisador de sonido de llegada de tubos, ubicación Access 2 en Urgencias.

- Grupo III Secretaría + Extracciones: estudio de necesidades de equipamiento, de mobiliario, flujos de muestras, personas e información, cartelería asociada y circuito de tratamiento de pacientes según origen de petición.

- Grupo IV Adecuación de espacios: estudio sala de espera oncológicos, sala de espera de pacientes y adecuación de espacios en general.

- Cambio de varios equipos a los asignados por el Concurso Público del año 2018: Bioflash, Horiba G11, AU5810, DXI800 nuevo entre otros.

- Cambio de ubicación al espacio provisional con instalación de equipos nuevos y traslado de equipos ya existentes con su consiguiente verificación técnica. Este traslado se realizó de forma que no hubo tiempo de inactividad en nuestro Servicio y se está trabajando en las ubicaciones provisionales desde agosto de 2019:

- Edificio de Administración: registro de peticiones, extracciones y sala espera de pacientes.

- Planta 1ra Edificio General: Laboratorio de rutina (bioquímica general, hormonas, marcadores tumorales, inmunología, proteínas y orinas).

- Planta 2da Edificio General: Laboratorio de seminogramas e inseminación artificial.

- Planta 4ta Edificio General: Laboratorio de Urgencias.

- Cambio de personal incluidos puestos clave como la Responsable de Calidad y la Responsable Técnico de Hemoglobina Glicosilada y Sangre Oculta en Heces.

El calendario previsto se ha pospuesto debido a que tras impugnaciones la resolución del concurso fue finalmente en mayo de 2019 y el consiguiente retraso en la obras de reforma cuya finalización está prevista para febrero-marzo de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración y/o revisión de los siguientes documentos:

Actualización de registros de Nivel II: PG-01-1_HU(E)S_L Listado de proveedores; PG-01-2_HU(E)S_L Inventario Laboratorio Análisis; PG-01-3_HU(E)S_L Ubicaciones. Modificación del PTG-01-7_HU(E)S_L Cualificación-Actividades Turno Rotatorio.

De nivel III: PTG-01_HU(E)S_L-BQ Manual de acogida; PTE-01_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos;

PTE-01-1_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento de Equipos; PTE-01-3_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU5800;

PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Bioquímica General; PTA-28_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Fármacos;

PTA-29_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis Hemoglobina Glicosilada; PTA-03_HU(E)S_L-BQ Definición De Perfiles, Valores De Referencia, Valores De Alarma; PTA-04_HU(E)S_L-BQ Controles de Calidad; PTG-07_HU(E)S_L-BQ

Plan de contingencia; PTG-01-1_HU(E)S_L-BQ Listado de Personal.

Se ha cumplido el estándar previsto de revisar >80% de los procedimientos previstos. Incluso se han detectado otros para los que no estaba prevista su revisión pero se ha visto la necesidad de ello. Estos procedimientos tendrán que volver a ser revisados y otros elaborados (por ejemplo los relativos a la futura nueva cadena automatizada) cuando finalicen las obras de reforma y se traslade de nuevo el laboratorio a la ubicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0139

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

definitiva.

Se ha realizado la verificación de los nuevos equipos instalados que están implicados directamente en el alcance de la acreditación, estableciendo para cada uno de ellos y por cada técnica el coeficiente de variación (CV%), error sistemático (ES%) y el error total (ET).

En 2019 se han realizado la Revisión por la Dirección y auditorías tanto interna como externa (ENAC) en la ubicación provisional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todas las actividades llevadas a cabo han requerido una gran colaboración por parte de todo el personal (administrativos, celadores, auxiliares, TEL, DUEs y facultativos) ya que el laboratorio actualmente está distribuido en 4 puntos distintos del hospital. Gracias al trabajo previo de estudio de necesidades y la implicación del personal en la organización del laboratorio en la ubicación provisional, en beneficio del paciente y de los clínicos solicitantes, se ha logrado que el Servicio no tuviese tiempo de inactividad durante el traslado. Actualmente a pesar de trabajar en espacios muy reducidos seguimos asegurando la calidad de los análisis.

Queda pendiente por tanto de nuevo la revisión de todos los procedimientos implicados que y la elaboración de otros nuevos (por ejemplo los relativos a la futura nueva cadena automatizada) cuando finalicen las obras de reforma y se traslade de nuevo el laboratorio a la ubicación definitiva. Se espera que el traslado al laboratorio definitivo una vez acabada la reforma tenga el mismo éxito. Se han detectado posibles áreas de mejora y será necesario crear nuevos grupos de trabajo para realizar estudios previos al traslado sobre el flujo de muestras, pacientes, ubicaciones, etc.

En 2020 está prevista la realización de auditoría interna ya en la ubicación definitiva previa a la auditoría externa por ENAC prevista para principios de 2021.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/139 ===== ***

Nº de registro: 0139

Título
ADECUACION DE LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA ACREDITACION SEGUN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA CLAVER AINOHA, PUZO FONCILLAS JOSE, VALLES DIEZ IÑAKI, LAVIÑA FAÑANAS CONCHA, GASTON DENA CLARA, MEDINA GIMENO RUT, PALACIN BURREL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Mantenimiento de la Acreditación ISO15189

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. Las mejoras en cuanto a instalaciones y equipamientos del laboratorio a consecuencia del Concurso Público del año 2018, suponen gran cantidad de cambios en cuanto a los procedimientos en vigor del laboratorio: sustitución de equipos, modificación de flujo de trabajo, redistribución del personal, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad adecuándolo a las reformas, de espacios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0139

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

equipamientos, acontecidas en el Servicio durante el año 2019.

MÉTODO

Se deberán revisar y/o elaborar, al menos, la siguiente documentación:

De nivel II:

Revisar si algún cambio en el Laboratorio de Análisis Clínicos afecta a algo de Preanalítica, etc.
Actualización de registros pertinentes, por ejemplo: PG-01-1_HU(E)S_L Listado De Proveedores;
PG-01-2_HU(E)S_L Inventario Laboratorio Análisis, PG-01-3_HU(E)S_L Ubicaciones.
Modificación del PTG-01-7_HU(E)S_L Cualificación-Actividades Turno Rotatorio.

De nivel III:

PTE-01_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos.
PTE-01-1_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento de Equipos. PTE-01-2_HU(E)S_L-BQ Registro Mantenimiento de neveras/Congeladores.
PTE-01-3_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU5800.
PTE-01-4_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU-5800 Electrodo y Lámparas.
PTE-03_HU(E)S_L-BQ Funcionamiento de Equipos AU 5800.
PTE-08_HU(E)S_L-BQ Funcionamiento Automate 2500.
PTE-09_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos. Automate 2500. PTP-06_HU(E)S_L-BQ Recepción De Muestras.
PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Bioquímica General. PTA-28_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Fármacos PTA-29_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Hemoglobina Glicosilada PTA-03_HU(E)S_L-BQ Definición De Perfiles, Valores De Referencia, Valores De Alarma. PTA-04_HU(E)S_L-BQ Controles de Calidad. Bioquímica General y Fármacos. PTG-06_HU(E)S_L-BQ Plan de formación en urgencias.
PTG-07_HU(E)S_L-BQ Plan de contingencia.
Además, se tendrán que modificar y actualizar todos los registros derivados de los procedimientos citados anteriormente.

- Detectar nuevas necesidades en cuanto a procedimientos y/o registros, en las técnicas incluidas en el alcance de la acreditación.
- Realizar la verificación de los nuevos equipos instalados que estén implicados directamente en el alcance de la acreditación, estableciendo para cada uno de ellos y por cada técnica el coeficiente de variación (CV%), error sistemático (ES%) y el error total (ET).
- Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
- Realizar la auditoría externa.

INDICADORES

Indicador: % de procedimientos revisados (>80%)

La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN

El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2019 se realizarán obras en el laboratorio, que reacondicionaran el espacio y se instalaran nuevos equipos como una cadena de automatización.

El calendario propuesto es el siguiente:

- Mayo-Agosto 2019: obras de acondicionamiento del nuevo laboratorio.
- Cuando se instalen los nuevos equipos, aunque no sea la ubicación definitiva, se podrá realizar la verificación de los mismos.
- Junio-Septiembre 2019: Revisión/elaboración de procedimientos.
- Octubre 2019: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
- Octubre 2019: Auditoría externa ENAC. Se valorará prorrogar la auditoría o una suspensión temporal de la acreditación en función de la evolución del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0139

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0140

1. TÍTULO

"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE IÑAKI VALLES DIEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLAVER AINOHA
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
FERRER GIMENEZ MARGARITA
SUBIAS LONCAN MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con fecha enero de 2020, continúan las obras de remodelación del laboratorio de Análisis Clínicos, las cuales han sufrido un moderado retraso en su cronograma de realización, por causas ajenas a nuestro Servicio. Esta situación ha supuesto que tanto el personal como el equipamiento analítico se encuentran localizados todavía en una ubicación transitoria y provisional, con una disponibilidad de espacio muy reducida, y claramente insuficiente para desempeñar todo el trabajo.

Por este motivo, varios de los equipos analíticos que formarán parte del nuevo laboratorio, no han podido ser renovados todavía, o bien, equipos de nueva incorporación no se han podido implantar.

Este último es el caso concreto del equipamiento analítico que se incluye en el presente proyecto. Es cierto que se ha recibido físicamente, por parte de la casa adjudicataria del concurso en lo referente a la Autoinmunidad, parte de dicho equipamiento, como microscopio de fluorescencia, ordenador con un software específico, y consumibles como portaobjetos con células Hep-2, etc.

Sin embargo, por la razón antes señalada, no se han podido instalar dichos equipos en el laboratorio, y tampoco ha sido posible, en consecuencia, recibir ningún tipo de formación por parte del personal, ni poner a punto la técnica de inmunofluorescencia indirecta (I.F.I.) para llevar a cabo los distintos objetivos planteados en el proyecto.

Por otra parte, la empresa adjudicataria del concurso en la sección de Autoinmunidad sí instaló hace unos meses (primavera-verano) de 2019 un equipo analítico nuevo (Bioflash), para la cuantificación de auto-anticuerpos mediante la tecnología de quimioluminiscencia (C.L.I.A.). Dado que esta parte de la sección de Autoinmunidad sí está puesta en marcha actualmente en nuestro laboratorio, con resultados satisfactorios, en cuanto tengamos disponible la tecnología de I.F.I. podremos realizar los estudios comparativos entre ambas tecnologías, planteados como parte de los objetivos de este proyecto.

En principio, y siempre siendo cautelosos en los plazos, ya que no depende del personal del laboratorio, sino de la finalización de las obras, a lo largo del año 2020 se podrá desarrollar el proyecto solicitado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No disponemos todavía de resultados ni de indicadores para evaluar los objetivos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal implicado en este proyecto tiene motivación en su realización, pero hasta la fecha no ha sido posible, y prácticamente todo lo planteado como objetivos en el proyecto está pendiente. Más adelante podrán extraerse conclusiones basadas en resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/140 ===== ***

Nº de registro: 0140

Título
"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

Autores:
VALLES DIEZ IÑAKI, GARCIA CLAVER AINOHA, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, FERRER GIMENEZ MARGARITA, SUBIAS LONCAN MARIANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0140

1. TÍTULO

"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCIÓN Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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 .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica del Hospital San Jorge de Huesca está actualmente inmerso en un proceso de remodelación de sus instalaciones.

Tras la reciente resolución de la convocatoria del concurso público para la provisión del laboratorio con nuevos equipos y metodologías de trabajo, se va a proceder a la realización de cambios, y la sustitución de los equipos actuales por otros más modernos, rápidos y capaces de dar una respuesta adecuada a la creciente demanda, por parte de los clínicos, de pruebas de laboratorio específicas.

Una de las secciones del laboratorio que se ven afectadas por estos cambios es la de Autoinmunidad. Hasta la fecha, en esta sección se ha realizado la detección de autoanticuerpos en muestras de suero, mediante la técnica de quimioluminiscencia (C.L.I.A.). Esta tecnología, claramente contrastada, tiene una calidad analítica alta y está muy extendida en distintos laboratorios. Sin embargo, todas las guías clínicas actuales coinciden en que, al menos para el cribado de autoanticuerpos antinucleares (A.N.A.s), la técnica de referencia debe ser la I.F.I., y posteriormente se pueden utilizar otras técnicas, como la C.L.I.A., para confirmar la presencia de autoanticuerpos específicos.

Por este motivo, consideramos que la remodelación del laboratorio puede ser aprovechada como una oportunidad para poner en marcha la técnica de I.F.I., con equipamiento y consumibles adecuados, en el estudio de pacientes con posibles enfermedades autoinmunes. Los resultados obtenidos por I.F.I. complementarán a los obtenidos mediante C.L.I.A., técnica que seguirá estando presente en nuestro laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Puesta en marcha y valoración de la calidad analítica de un nuevo sistema automatizado de I.F.I. para la detección y cuantificación de autoanticuerpos en muestras de suero de pacientes con posibles enfermedades autoinmunes.

MÉTODO

- Instalación de un sistema automatizado para la detección de autoanticuerpos mediante la técnica de I.F.I. Para ello se proveerá al laboratorio con el equipamiento técnico (analizadores), consumibles (portaobjetos con tejidos, controles, marcadores fluorescentes, etc.) y dotación informática adecuada (software, biblioteca/galería de imágenes, etc.) para el correcto procesamiento de muestras e interpretación de resultados.
- Formación (cursos, seminarios, demostraciones prácticas, etc.) del personal técnico y facultativo, a cargo de la empresa adjudicataria del concurso en la sección de Autoinmunidad.
- Valoración de la calidad de los resultados (sensibilidad, especificidad, imprecisión, valores predictivos, etc.) obtenidos en muestras de suero de pacientes y en controles de calidad internos, procesadas mediante I.F.I. Comparación con los resultados obtenidos mediante la técnica de C.L.I.A.
- Valoración de la posible inclusión de la técnica de I.F.I. en algún programa de control de calidad externo.
- Definición de los criterios clínicos y de laboratorio a tener en cuenta para la inclusión de las muestras en el estudio/cribado mediante la técnica de I.F.I., novedosa en nuestro laboratorio.
- Adecuación de la carga de trabajo real a los recursos materiales y humanos disponibles en nuestro Servicio.

INDICADORES

- Número de muestras de suero procesadas por I.F.I.
- Número absoluto y porcentaje de muestras negativas y positivas para distintas especificidades antigénicas, en muestras procesadas por I.F.I.
- Porcentaje de muestras procesadas por I.F.I. y por C.L.I.A., en el contexto de cribado y confirmación de resultados.
- Concordancia (%) de los resultados obtenidos por I.F.I. con los de C.L.I.A.
- Control de calidad interno y, si procede, también externo.
- Casos en los que los resultados de autoanticuerpos orientan al diagnóstico clínico.

DURACIÓN

- Primavera-verano 2019 (empresa adjudicataria, y personal facultativo):

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0140

1. TÍTULO

"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCIÓN Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

- * Instalación de los equipos analíticos e informáticos, por parte de la casa comercial adjudicataria del lote de Autoinmunidad en el concurso.
- * Puesta a punto de las técnicas a desarrollar por I.F.I.
- * Formación, si procede, del personal técnico y facultativo.
- Verano-otoño-invierno 2019, y 2020 (personal facultativo):
- * Valoración de la calidad analítica de las técnicas mediante I.F.I.
- * Establecimiento de criterios para realizar cribado de muestras por I.F.I.
- * Adecuación de la carga de trabajo a los recursos técnicos y humanos.
- * Comparación de resultados obtenidos por I.F.I. con obtenidos por C.L.I.A.
- * Valoración de los resultados obtenidos en los controles de calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1330

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AXILIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES SEGURA ISARRE
· Profesión TCAE
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN BETRAN MARIA JOSEFA
LAVIÑA FAÑANAS CONCEPCION
SOLANS BLECUA ISABEL
CORED NASARRE ROSA
GABARRE CAMPOS GERARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

12 DE JUNIO DE 2019. REUNION DE ENFERMERAS (CONCEPCION LAVIÑA, ISABEL SOLANS), SUPERVISORA (ROSA CORED). TCAE (M. JOSEFA OLIVAN Y GERARDO GABARRE) PARA REALIZAR UN DOSSIER CON LAS TAREAS QUE REALIZA EL TCAE EN LA SALA DE EXTRACCIONES. DESCRIBIR LAS FUNCIONES A REALIZAR.
12 DE JUNIO DE 2019. REUNION DE LA SUPERVISORA CON LOS TCAE, PARA REALIZAR UN DOSSIER CON LAS TAREAS A REALIZAR LA ULTIMA JORNADA DE LA MAÑANA
19 DE JUNIO DE 2019, REUNION DE ENFERMERAS, SUPERVISORA Y TCAES, PARA CORREGIR EL BORRADOR DE LAS TAREAS DE LOS TCAES EN LA SALA DE EXTRACCIONES. POSTERIORMENTE REUNION DE LOS TCAES CON LA SUPERVISORA PARA CORREGIR EL BORRADOR DE LA SEGUNDA PARTE DE LA MAÑANA, CALENDARIOS DE LIMPIEZAS Y ORDEN DE LOS ALMACENES Y OTRAS FUNCIONES.
26 DE JUNIO DE 2019. FINALMENTE SE ULTIMA EL PROCEDIMIENTO DEFINITIVO DE LAS FUNCIONES A REALIZAR POR LOS TCAES DURANTE TODA LA JORNADA.
FUNCIONES A REALIZAR:
PRIMERO : PREPARAR NEVERAS PARA DONACIONES DE BANCO DE SANGRE
SEGUNDO: EN LA SALA DE EXTRACCIONES, RECOGER MUESTRAS BIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES QUE NO TIENEN EXTRACCION, COLABORAR CON LA ENFERMERA EN LAS EXTRACCIONES DE NIÑOS, PACIENTES CON DIFICULTAD DE MOVIMIENTO, PACIENTES CON DIFICULTAD EN LA EXTRACCION. RECOGER LOS TUBOS EXTRAIDOS Y ORGANIZAR PARA LA DISTRIBUCION EN LAS DIFERENTES SECCIONES.
TERCERO: RECOGER LOS PUESTOS DE EXTRACCION. REPOSICION DE MATERIAL Y LIMPIEZA CONTROL DE EXISTENCIAS.
CUARTO: DE 8,30 A 14 HORAS "HORARIO DE DONACION DE SANGRE" SERA EL TCAE JUNTO CON LA ENFERMERA DESIGNADA PARA ESTA TAREA LOS QUE ACUDIRAN A LA SALA DE DONANTES A ATENDER LA DONACION. EL TCAE DEJARA SU PRESENCIA EN LA SALA DE EXTRACCIONES PARA ATENDER AL DONANTE Y POSTPONDRÁ ESAS TAREAS PARA CUANDO SE FINALICE LA DONACION.
QUINTO: EL TCAE ORDENARA LOS ALMACENES DE LOS LABORATORIOS DE HEMATOLOGIA Y BIOQUIMICA CUANDO LLEGUEN LOS PEDIDOS. DIARIAMENTE REVISARA Y MANTENDRA ORDENADOS DICHS ALMACENES.
SEXTO: LIMPIEZA DE CENTRIFUGAS BIMENSUAL. LIMPIEZA DE NEVERA DE SALA DE EXTRACCIONES BIMENSUAL, LIMPIEZA DE ESTUFA DE FERTILIDAD BIMENSUAL. LIMPIEZA DE CAMPANA DE FERTILIDAD MENSUAL. LIMPIEZA DE CAMPANA DE ORINAS MENSUAL.
SEPTIMO: REPOSICION DE MATERIAL DE LA SECCION DE BANCO DE SANGRE.
OCTAVO: LIMPIEZA DE GRADILLAS DE LAS DISTINTAS SECCIONES DE BIOQUIMICA. DESECHAR TUBOS.
NOVENO: A ULTIMA HORA SE REPONE LA SALA DE DONANTES Y SE DEJA EN LAS CONDICIONES OPTIMAS PARA RECIBIR EL PRIMER DONANTE DEL DIA SIGUIENTE.
DECIMO: DE 12 A 14 HORAS ES EL HORARIO DE REALIZACION DE SANGRIAS TERAPEUTICAS. EL TCAE ESTA PRESENTE JUNTO CON LA ENFERMERA DESIGNADA, DURANTE LA EXTRACCION.
EN SEPTIEMBRE SE REALIZA UNA GUIA CON EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DEL TCAE
EL LUGAR DONDE SE DEJA EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO ES EN LA SALA DE EXTRACCIONES. SE VALORA INCLUIR ESTE PROCEDIMIENTO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

BORRADOR CONSENSUADO POR TCAE, SUPERVISORA, FACULTATIVOS Y ENFERMERAS EL DIA 28 DE JUNIO DE 2019.
PROCEDIMIENTO DEFINITIVO ELABORADO EN SEPTIEMBRE.
UNICAMENTE QUEDA PENDIENTE MODIFICAR ESTE PROCEDIMIENTO CUANDO FINALICEN LAS OBRAS DEL NUEVO LABORATORIO QUE HAN SUFRIDO UN RETRASO EN LA PREVISION QUE SE AÑADIRAN LAS NECESIDADES QUE SURJAN.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DEBIDO A LAS OBRAS DEL NUEVO LABORATORIO, HAN SURJIDO INCIDENCIAS QUE HEMOS TENIDO QUE SOLVENTAR DE LAS CUALES HEMOS APRENDIDO Y TENDREMOS EN CUENTA PARA EL TRASLADO DEFINITIVO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1330 ===== ***

Nº de registro: 1330

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1330

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AXILIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Título
ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SEGURA ISARRE MARIA ANGELES, OLIVAN BETRAN MARIA JOSEFA, LAVIÑA FAÑANAS CONCEPCION, SOLANS BLECUA ISABEL, CORED NASARRE ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a las incidencias ocurridas en el último año, se ha detectado una falta de descripción de puesto de trabajo, con su alcance y tareas a realizar. Este puesto de trabajo es único, pues debido a la reconversión de los puestos de auxiliar de enfermería ya solo queda este puesto y esta ubicado en una de las secciones más importantes del laboratorio, como es la sala de extracciones. Preparación de tubos especiales, curvas de glucemia, reposición de material, ubicación de materiales en almacén, localización de material, asistencia en sala de donantes, limpiezas, etc, son sus tareas y cuando viene una persona nueva a realizar la sustitución, no hay ningún documento que se pueda leer y sea referente en su labor.

RESULTADOS ESPERADOS
Que todas persona que realice la sustitución ó incidencia en este puesto de trabajo, pueda ampararse en un documento escrito para resolver dudas y saber sus tareas diarias, semanales ó mensuales.

MÉTODO
Realización del procedimiento de trabajo de este puesto. Se realizarán reuniones con las enfermeras y supervisora, para consensuar y definir las tareas a realizar. Este procedimiento será la guía de los sustitutos de este único puesto en el servicio.

INDICADORES
El auxiliar de enfermería titular diseñara un borrador con todas las tareas que realiza y será consensuado junto con las enfermeras y supervisora. Esta guía se irá modificando en sucesivas reuniones, hasta conseguir la definitiva. Tendremos en cuenta también las necesidades del nuevo laboratorio, se empiezan obras en Mayo y terminarán previsiblemente en Septiembre u Octubre, con la incorporación de una cadena común y la unificación de los laboratorios de análisis clínicos y hematología, se elaborara el procedimiento con estas nuevas necesidades. En Diciembre del año 2019, estará realizado e implantado el procedimiento de trabajo del puesto de auxiliar de enfermería en el laboratorio.

DURACIÓN
De Mayo a Junio, se diseñara el borrador y se realizarán reuniones con las enfermeras inmersas en el proyecto. Julio, Agosto y Septiembre, se tomarán notas de posibles innovaciones, pero serán meses sin reuniones pues estaremos en obras de los nuevos laboratorios. Octubre, puesto en común de las notas y borrador. Noviembre, elaboración del procedimiento definitivo. Diciembre, puesta en marcha.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Creación de un texto consensado y estandarizado para su inclusión en los informes de las citologías ginecológicas.
2.- Diseño de nuevos flujogramas, modificando los ya existentes, para optimizar la labor coordinada entre la sección de patología molecular y la de transcripción de informes.
3.- Difusión entre las TEAP y los FEA de la necesidad del cambio propuesto para mejorar la eficiencia en el cribado de cáncer de cérvix.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

95% de mujeres de 30 a 65 años, con VPH16+, a las que se recomienda derivación directa a la consulta de colposcopia.
98% de citologías ginecológicas de 30 a 65 años VPH16+ con texto estandarizado recomendando derivación a colposcopia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Necesidad de trabajo en equipo y coordinado para mejorar los resultados de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1759 ===== ***

Nº de registro: 1759

Título
PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de cérvix supone una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. En España supone unas 850 muertes anuales. Se asocia a un gran gasto sanitario derivado del cribado y el manejo y tratamiento de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas invasivas incipientes.

Desde las guías de 2014 de prevención y manejo del cáncer de cérvix, la evidencia a favor del cribado primario basado en HPV es de grado I, con un nivel de recomendación A. El cotest y el cribado citológico muestran un nivel de evidencia I, con recomendaciones B y C, respectivamente.

En dicha guía de consenso se indica, que salvo excepciones como marcada inmunosupresión, el cribado se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

debe iniciar a los 25 años, basándose en citología trianual. A partir de los 30, el cribado debe basarse en la determinación del estatus del HPV, en caso negativo el estudio se debe repetir a los 5 años. El cribado debe extenderse de forma genérica hasta los 65, si bien, se puede finalizar antes en pacientes histerectomizadas por causa distinta al cáncer de cérvix y prolongarse hasta alcanzar 10 años sin lesión citológica o infección detectada de HPV o 20 años después de una conización por lesión CIN2 o superior.

La adecuación a las recomendaciones de la guía evita citologías y estudios de HPV innecesarios, que no mejoran la tasas de detección de cáncer de cérvix o lesiones preneoplásicas de alto grado y si mejoran los tiempos de respuesta y disminuyen el gasto. Todo ello contribuye a mejorar la eficiencia de los programas de cribado de cáncer de cérvix.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Mujeres mayores de 25 años. El límite superior de edad se ajustará a lo expuesto en el apartado de fundamento y a las recomendaciones de las guías actualmente en vigor.

Objetivos del proyecto:

Mayor adhesión a las recomendaciones de la guía española de prevención de cáncer de cérvix.
Mejora de la eficiencia de la citología ginecológica en el cribado del cáncer de cérvix.

MÉTODO

- Comprobación de edad y antecedentes de las pacientes en la hoja de petición y en el sistema de información del laboratorio.
- Rechazo de realización de citología ginecológica y estudio de HPV en mujeres menores de 25 años, salvo en el contexto de seguimiento de una conización. El rechazo se acompaña del momento de entrada en el cribado de la paciente.
- Rechazo de realización de citología ginecológica en mujeres histerectomizadas por causas no relacionadas con el cáncer de cérvix, por ejemplo carcinoma de ovario, endometrio. El rechazo se acompaña de un recordatorio de las guías nacionales de cribado de cáncer de cérvix.
- Realización de citología líquida en medio líquido en mujeres de 25 a 30 años.
- Realización de estudio de patología molecular para HPV en mujeres entre 30 y 65 años.
- Realización de citología ginecológica en medio líquido en mujeres entre 30 y 65 años tras estudio de patología molecular para HPV positivo.
- En mujeres mayores de 65 años revisión de los antecedentes en el sistema de información del laboratorio. Si no han transcurrido 10 años sin lesión citológica y/o negatividad para HPV o si no han transcurrido 20 años desde una conización por CIN2 o superior, se llevará a cabo el estudio de patología molecular para HPV y si es positivo la citología en medio líquido; en caso contrario, se rechaza la realización de la citología y/o el estudio de patología molecular para el HPV.

INDICADORES

Indicadores:

- % de citologías ginecológicas realizadas en menores de 25 años.
- % de mujeres entre 30 y 65 con estudio de patología molecular para HPV.
- % de rechazo de citologías en mujeres menores de 25 años.

Objetivos:

- % de citologías ginecológicas en menores de 25 años inferior al 7% (porcentaje de citologías en menores de 25 años antes de la publicación de las guías de cribado en el sector de Huesca).
- % de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de patología molecular para HPV superior al 95% (según las guías de 2014 debe ser la prueba primaria de cribado).

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en enero de 2018 y finalizará un año después.

Colaborarán a este proyecto todo el personal técnico y facultativo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge, coordinados por el interlocutor, Dr. F.J Queipo.

Semestralmente se revisarán los datos de los indicadores, los cuales se comunicarán al personal técnico y facultativo del servicio.

A lo largo del proyecto se mantendrá comunicación constante con la consulta de patología cervical con el fin de detectar debilidades, solucionarlas y mejorar el proyecto. También se le comunicarán los datos obtenidos.

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 - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
GOMEZ GONZALEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han llevado a cabo charlas con los/as Tecnicos Especialista en Anatomía Patológica (TEAPs) para comunicarles los resultados que iba arrojando el cribado en el servicio de Anatomía Patológica de Huesca y la importancia de su papel.

Se han llevado a cabo charlas orientadas a TEAPs y FEAs de Anatomía Patológica para la adopción conjunta del protocolo elaborado.

Se estableció un período de charlas de un mes y otro mes de rodaje en el año previo a la implantación de este programa.

Los recursos empleados han sido de tipo informático para la formación en el nuevo protocolo. No ha sido necesario ni la adquisición de equipamiento ni contratación de personal.

Siempre que ha sido posible se han comunicado los hallazgos, primeramente en el hospital, con las Jornadas científicas que anualmente organiza el Hospital San Jorge. Asimismo se han llevado comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, por ejemplo el Eurogin 2017 en Amsterdam.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado el objetivo de reducir el porcentaje de citologías ginecológicas en menores de 25 años por debajo del 5%. De hecho, el porcentaje es inferior al 3%.

El porcentaje de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de VPH como prueba primaria es superior al 95%, cuando el objetivo era situarse entre el 90 y 95%.

El impacto de la adopción ha sido un uso más eficiente de la citología y evitar la iatrogenia asociada al sobretratamiento y el daño por infratratamiento ya que el test de VPH es mucho más sensible que la citología.

Como indicadores se utilizó el porcentaje de citologías ginecológicas en mujeres menores de 25 años y de mujeres de 30 a 65 años con test VPH como prueba primaria.

Se ha tomado como referencia las recomendaciones del consenso español multidisciplinar para el cribado de cáncer de cérvix de noviembre de 2014.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un aspecto muy destacable de este proyecto es el que el trabajo entre facultativos y personal técnico redunde en un mejor flujo de trabajo y mayor eficiencia del servicio.

Además, la adopción de guías clínicas recientes permite proporcionar una asistencia sanitaria de calidad.

Dado que no ha requerido de nueva tecnología y personal, podría ser replicable en otros hospitales, además de sostenible. Para reproducir este protocolo se requiere una adecuada comunicación entre los servicios implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1759 ===== ***

Nº de registro: 1759

Título
PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de cérvix supone una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. En España supone unas 850 muertes anuales. Se asocia a un gran gasto sanitario derivado del cribado y el manejo y tratamiento de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas invasivas incipientes.

Desde las guías de 2014 de prevención y manejo del cáncer de cérvix, la evidencia a favor del cribado primario basado en HPV es de grado I, con un nivel de recomendación A. El cotest y el cribado citológico muestran un nivel de evidencia I, con recomendaciones B y C, respectivamente.

En dicha guía de consenso se indica, que salvo excepciones como marcada inmunosupresión, el cribado se debe iniciar a los 25 años, basándose en citología trianual. A partir de los 30, el cribado debe basarse en la determinación del estatus del HPV, en caso negativo el estudio se debe repetir a los 5 años. El cribado debe extenderse de forma genérica hasta los 65, si bien, se puede finalizar antes en pacientes histerectomizadas por causa distinta al cáncer de cérvix y prolongarse hasta alcanzar 10 años sin lesión citológica o infección detectada de HPV o 20 años después de una conización por lesión CIN2 o superior.

La adecuación a las recomendaciones de la guía evita citologías y estudios de HPV innecesarios, que no mejoran la tasas de detección de cáncer de cérvix o lesiones preneoplásicas de alto grado y si mejoran los tiempos de respuesta y disminuyen el gasto. Todo ello contribuye a mejorar la eficiencia de los programas de cribado de cáncer de cérvix.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Mujeres mayores de 25 años. El límite superior de edad se ajustará a lo expuesto en el apartado de fundamento y a las recomendaciones de las guías actualmente en vigor.

Objetivos del proyecto:

Mayor adhesión a las recomendaciones de la guía española de prevención de cáncer de cérvix.
Mejora de la eficiencia de la citología ginecológica en el cribado del cáncer de cérvix.

MÉTODO

- Comprobación de edad y antecedentes de las pacientes en la hoja de petición y en el sistema de información del laboratorio.
- Rechazo de realización de citología ginecológica y estudio de HPV en mujeres menores de 25 años, salvo en el contexto de seguimiento de una conización. El rechazo se acompaña del momento de entrada en el cribado de la paciente.
- Rechazo de realización de citología ginecológica en mujeres histerectomizadas por causas no relacionadas con el cáncer de cérvix, por ejemplo carcinoma de ovario, endometrio. El rechazo se acompaña de un recordatorio de las guías nacionales de cribado de cáncer de cérvix.
- Realización de citología líquida en medio líquido en mujeres de 25 a 30 años.
- Realización de estudio de patología molecular para HPV en mujeres entre 30 y 65 años.
- Realización de citología ginecológica en medio líquido en mujeres entre 30 y 65 años tras estudio de patología molecular para HPV positivo.
- En mujeres mayores de 65 años revisión de los antecedentes en el sistema de información del laboratorio. Si no han transcurrido 10 años sin lesión citológica y/o negatividad para HPV o si no han transcurrido 20 años desde una conización por CIN2 o superior, se llevará a cabo el estudio de patología molecular para HPV y si es positivo la citología en medio líquido; en caso contrario, se rechaza la realización de la citología y/o el estudio de patología molecular para el HPV.

INDICADORES

Indicadores:

- % de citologías ginecológicas realizadas en menores de 25 años.
- % de mujeres entre 30 y 65% con estudio de patología molecular para HPV.
- % de rechazo de citologías en mujeres menores de 25 años.

Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

% de citologías ginecológicas en menores de 25 años inferior al 7% (porcentaje de citologías en menores de 25 años antes de la publicación de las guías de cribado en el sector de Huesca).
% de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de patología molecular para HPV superior al 95% (según las guías de 2014 debe ser la prueba primaria de cribado).

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en enero de 2018 y finalizará un año después.
Colaborarán a este proyecto todo el personal técnico y facultativo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge, coordinados por el interlocutor, Dr. F.J Queipo.

Semestralmente se revisarán los datos de los indicadores, los cuales se comunicarán al personal técnico y facultativo del servicio.

A lo largo del proyecto se mantendrá comunicación constante con la consulta de patología cervical con el fin de detectar debilidades, solucionarlas y mejorar el proyecto. También se le comunicarán los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE GORKA MUÑIZ UNAMUNZAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procedió a revisar los check list del Colegio Americano de Patólogos, Real Colegio Británico y Australiano de Patólogos y el libro blanco de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Posteriormente se sintetizaron los diversos aspectos o ítem y, finalmente, se elaboró el protocolo de dictado para informes de Anatomía Patológica para piezas de conización.

Se estableció como plazo para la adopción de este tipo de informe estandarizado el segundo semestre del año, fecha de revisión del protocolo del Colegio Americano de Patólogos, de uso muy extendido.

Para elaborar el proyecto, se creó una subcarpeta en la carpeta electrónica común con el protocolo, en castellano, disponible para el dictado y/o la impresión para su consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido el objetivo marcado de que el 75% de los informes de piezas de conización se lleven a cabo con esta estandarización.

El indicador utilizado fue el % de informes de conización que seguían el protocolo consenso alcanzado. El porcentaje de, al menos, un 75% es arbitrario, ya que no encontramos en la literatura una cifra más objetiva.

La estandarización y actualización periódica de los informes de Anatomía Patológica aúna equidad y calidad. Garantizan que cualquier mujer conizada va a tener un informe de Anatomía Patológica con toda la información necesaria, según la evidencia científica del momento, para decidir la actitud y manejo posterior. La actualización periódica asegura que los cambios en la práctica diaria van a ser recogidos para proporcionar una asistencia sanitaria de calidad y eficiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario un esfuerzo conjunto de todos los miembros de un servicio de Anatomía Patológica para elaborar un protocolo de informe consensuado.

Este informe asegura la equidad y pone en valor el trabajo en Anatomía Patológica, ya que se aúnan flexibilidad, equidad y rigor científico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1760 ===== ***

Nº de registro: 1760

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZAS DE CONIZACION

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo Mujeres
Edad Adultos
Tipo Patología Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica al disminuir la variabilidad y obtener datos para mejorar los resultados clínicos de las conizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos 4 años se ha triplicado el número de conizaciones realizadas en el hospital San Jorge de Huesca.

Las conizaciones son necesarias para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas y puede ser el primer tratamiento en algunas lesiones invasivas.

Los informes de Anatomía Patológica no sólo deben proporcionar información diagnóstica y pronóstica, sino que deben recoger datos que permitan mejorar parámetros de calidad asistencial.

La mejor forma de alcanzar el objetivo anteriormente expuesto es homogeneizar los informes, para disminuir la variabilidad y permitir su estudio, con el fin de emprender proyectos de mejora asistencial y monitorizarlos.

Existen varios protocolos para informar las piezas de conización, a nivel nacional e internacional. Ninguno es claramente superior a los otros.

RESULTADOS ESPERADOS

Deseamos homogeneizar los informes de Anatomía Patológica de piezas de conización y que incluyan información útil para la unidad de patología cervical.

La población diana serían todas las mujeres conizadas en el hospital San Jorge de Huesca. Teniendo en cuenta los datos del servicio de Anatomía Patológica, la cifra rondaría las 60-70 conizaciones anuales.

MÉTODO

a) Elaboración por los FEA de Anatomía Patológica de un informe que sintetice las propuestas del Colegio Americano de Patólogos, Colegio Británico de Patólogos, Colegio de Patólogos de Australia y la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

b) Colocación de dicho informe en el disco duro de común del Servicio de Anatomía Patológica e impresión de una copia en papel para cada patólogo.

c) Elaboración de base de datos de conizaciones con los datos de los informes de Anatomía Patológica.

d) Semestralmente se recopilarán y expondrán los datos obtenidos en el servicio de Anatomía Patológica, con comunicación a la unidad de patología cervical.

No se prevén cambios en la oferta de servicios.

INDICADORES

Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:

a) % de informes que utilizan la estructura del informe protocolizado consenso.

b) % de informes que recogen todos los parámetros del informe protocolizado consenso.

c) % de conizaciones en los que la pieza de conización es única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical tomado.

Los objetivos a alcanzar son:

a) 95% de informes con la estructura del informe protocolizado consenso.

b) 95% de informes que recojan todos los parámetros del informe protocolizado consenso.

c) 25% de informes en los que en las conizaciones sean de pieza única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical realizado.

DURACIÓN

La duración de este proyecto es de un año, con comienzo el 1 de enero de 2018.

Al iniciarse el segundo semestre del año, nos reuniremos los FEA de Anatomía Patológica y los ginecólogos encargados de la consulta de patología cervical para analizar los datos del primer semestre, buscando debilidades y propiando mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

1. TÍTULO

TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE GORKA MUÑIZ UNAMUNZAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER

GOMEZ GONZALEZ CARLOS

MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL

RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Optimización de la tinción inmunocitoquímica ki67/p16.

2.- Difusión entre los FEA de Anatomía Patológica de la necesidad de la realización de la técnica descrita en citologías ginecológicas de 30 a 65 años, sin atipia, pero con VPH no 16/18+.

3.- Coordinación con la consulta de patología cervical y matronas para identificar precozmente posibles olvidos de la actividad realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

90% de citologías ginecológicas sin atipia, VPH no 16/18+ en mujeres de 30 a 65 años con tinción dual realizada.

10% de disminución de citologías por el mayor intervalo entre citologías ginecológicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La labor coordinada entre servicios, unido a nuevas herramientas diagnósticas mejoran la eficiencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1360 ===== ***

Nº de registro: 1360

Título
TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, RAMON CAJAL JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La citología ginecológica y las pruebas detección del virus del papiloma humano (VPH) son la base de la prevención del cáncer de cérvix.

La positividad para VPH se asocia con mayor riesgo de lesiones preneoplásicas, si bien éste difiere según el tipo. Los de mayor riesgo son los tipos 16 y 18, lo que ha llevado a recomendar colposcopia en su presencia, independientemente del resultado de la citología.

Un escenario de gran carga asistencial, pero esa enfermedad asociada es el de VPH positivo a tipos de alto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

1. TÍTULO

TINCIÓN DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

riesgo no 16/18, pero con citología negativa. La actitud más generalizada es repetir la citología y el test de VPH al año. Esto ha ocasionado una fuerte presencia de asistencia con bajo rendimiento diagnóstico, ya que en numerosas ocasiones la citología sigue siendo negativo y el VPH continúa siendo positivo.

Queremos reducir estas repeticiones de bajo rendimiento y para ello vamos a utilizar una herramienta como es la tinción dual inmunocitoquímica para ki67y p16.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es reducir el número de pacientes con VPH+ otros no 16/18 y citología ginecológica negativa que se remite anualmente a la consulta de colposcopia.

La población diana sería la población femenina no histerectomizada entre 30 y 65 años.

La intervención se relacionaría con las matronas de Atención Primaria y el servicio de Ginecología y Obstetricia, sobre todo a la consulta de patología cervical, y, sobre todo, al servicio de Anatomía Patológica.

MÉTODO

Las acciones concretas serían:

- a) Indicación de tinción dual ki67/p16 por parte del patólogo en situaciones de VPH positivo para otros tipos de alto riesgo no 16/18, con citología ginecológica negativa.
- b) Modificar conjuntamente los protocolos de derivación para cambiar la periodicidad de la revisión en la situación anterior, según el siguiente esquema:
 - b.1.- Si la tinción dual es negativa: revisión y repetición del test de VPH y citología ginecológica a los 2 años.
 - b.2.- Si la tinción dual es positiva: derivación a la consulta de patología cervical para colposcopia.

Como pasos previos se llevarán charlas informativas-formativas dirigidas a FEA de Anatomía Patológica y Ginecología y Obstetricia, TEAP y matronas. Se expondrá nuestra casuística y se explicará el cambio implantado. Todo se realizará las semanas previas al cambio.

Con una periodicidad cuatrimestral o semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

Con el fin de difundir el trabajo realizado y el valor añadido de esta intervención, se llevará en forma de pósters y/o comunicaciones a los foros profesionales de mayor impacto.

INDICADORES

Los indicadores a utilizar son:

- a) Porcentaje de mujeres de 30 a 65 años con VPH positivo a otros tipos de alto riesgo no 16/18 con técnica de tinción dual realizada e informada.
- b) Número de revisiones y repeticiones del test VPH y citología ginecológicas ahorradas.

El primer objetivo se ha establecido en el 90% pese a no haber una cifra comparable en la literatura, pero se ha elegido por ser una cifra exigente que demuestra el compromiso con la calidad.

La segunda cifra se espera que supere las 80, por extrapolación de nuestros datos de frecuencia de VPH+ para tipos no 16/18 y la positividad de la tinción dual en nuestra experiencia.

DURACIÓN

En las semanas previas a la implantación se llevarán a cabo charlas formativas con los FEAs implicados, matronas y TEAP para comunicarles nuestros datos, el proyecto y el objetivo marcado.

Con periodicidad semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

El proyecto se iniciará el 1 de enero de 2018 y finalizará un año después.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

1. TÍTULO

TINCIÓN DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0796

1. TÍTULO

TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA VIDAL MAYO
· Profesión TEAP
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MODREGO COMA ELENA
ARROYO DIAZ MARIA DOLORES
GARASA PONZ LOURDES
GARCIA CALDERON MARIA DEL MAR
PEDRERO GONZALEZ NOELIA
GRACIA FUERTES SANDRA
MONTON SANCHEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reunión de todos los miembros del servicio de Anatomía Patológica para identificar los puntos fuertes y errores más frecuentes. Se respetó el calendario previsto.
2.- Elaboración de póster donde se recojan las condiciones de envío de las muestras, así como fotos de los diversos tipos de contenedores y líquidos de preservación. El calendario previsto se vio comprometido varios meses por bajas, modificación de pautas de trabajo con motivo de la ISO 15189 y la inestabilidad de la plantilla con el verano.
3.- Elaboración de una encuesta de satisfacción para valorar el póster y su utilidad.
4.- Elaboración de una hoja que recoja los datos de entrega de muestras para facilitar la trazabilidad y una mejor recogida de las incidencias. Se respetó el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha realizado la reunión con todo el personal del laboratorio.
2.- Se ha realizado el póster.
3.- Se ha comunicado a los centros la elaboración del póster, pero no se ha culminado el envío con acuse de recepción.
4.- Se han elaborado pósters en cantidad suficiente para distribuirse >80% de los servicios y centros, sin embargo queda pendiente de resolución la impresión y envío.
5.- Se ha elaborado la encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La lección más importante que hemos extraído es la necesidad de comunicación entre los diversos servicios y centros sanitarios y el servicio de Anatomía Patológica para reducir errores evitables.
Queda pendiente el análisis de las encuestas de satisfacción con el fin de valorar la posibilidad de modificación del póster elaborado.
El proyecto es sostenible dado el bajo coste, así como fácil de replicar con escasas modificaciones en otros servicios y/o centros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/796 ===== ***

Nº de registro: 0796

Título
POSTER INFORMATIVO REFERENTE AL TRATAMIENTO Y CONSERVACION DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
VIDAL MAYO ANA, MODREGO COMA ELENA, ARROYO DIAZ MARIA DOLORES, GARASA PONZ LOURDES, GARCIA CALDERON MARIA DEL MAR, PEDRERO GONZALEZ NOELIA, GRACIA FUERTES SANDRA, MONTON SANCHEZ ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de muestras que se envían al servicio de anatomía patológica
Línea Estratégica .: Eficiencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0796

1. TÍTULO

TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el Servicio de Anatomía Patológica, se detecta una desinformación sobre las condiciones en las que se debe recoger las muestras, bien sea desde quirófano, consultas, centros de salud, hospitalización, urgencias...., si estas se deben remitir en formol, suero fisiológico, en fresco o si deben de estar sumergidas o solo fijadas, si se deben guardar a temperatura ambiente, estufa o nevera. Las condiciones optimas de recogida y conservación harán que un resultado sea correcto o no.

RESULTADOS ESPERADOS

La realización de un poster informativo que servirá de guía a todos los servicios y facilitará el trabajo a todo el personal. Será esquemático con fotos de los contenedores, características de la conservación, medios líquidos adecuados en los que depositar la muestra y hoja de cumplimentación para la trazabilidad. El objetivo final de este poster es la unificación de criterios en el tratamiento y conservación de las muestras para obtener un optimo resultado.

MÉTODO

Elaboración del poster con fotos de los contenedores y líquidos adecuados para conservación de la muestra, temperatura en la que se deben conservar, hoja de trazabilidad con el lugar donde se deben anotar las observaciones e incidencias. Una vez realizado el poster, se enviará a cada servicio del Hospital San Jorge, Urgencias, Centros de Salud, Hospital de Jaca y Hospital Sagrado Corazón para que sirva de guía rápida y facilite el trabajo a los profesionales.

INDICADORES

Realizar una reunión con todo el servicio de Anatomía Patológica, patólogos, TEAP, supervisora y administrativos para puesta en común de los puntos fuertes y errores más frecuentes en la recepción de las muestras.

Los indicadores serán los siguientes:

Reunión con el personal del servicio: SI/NO

Realización del poster: SI/NO

Comunicación a los centros implicados de la realización del poster y envío del mismo con acuse de recepción: SI/NO

Numero de posters/total servicios>80%

Elaboración de la encuesta de satisfacción: SI/NO

DURACIÓN

Marzo y Abril del 2019; programar reunión del servicio, Patólogos, TEAP, Supervisora y Administrativos, para diseñar el poster.

Mayo a Junio del 2019; realización del poster.

Julio 2019; envío del poster a todos los centros.

Noviembre 2019; elaboración de la encuesta de satisfacción.

Diciembre del 2019; envío de la encuesta de satisfacción a todos los servicios sobre la publicación del poster.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0823

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CASADO GONZALEZ
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BRAVO JUAREZ AINOHA
PONCE VIÑA VANESSA
MOLINERO PEREZ JOSEFA
PAGES COLOMA ROSA ANGELA
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
FERNANDEZ TAULES CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han cumplido los plazos estipulados en el proyecto, desglosados de tal manera:

- Marzo a Mayo: Desarrollo del borrador de los procedimientos de trabajo de cada sección del laboratorio y elaboración por parte del personal administrativo de una hoja Excel para registro de revisiones.
- Junio a Julio: Puesta en común (TEAP y patólogos) de todos los borradores, sugerencias y distribución de tareas en cada sección. Subsanación de errores encontrados en los borradores.
- Julio a Octubre: Elaboración y publicación de los procedimientos de trabajo definitivos, revisados por los patólogos y jefe de servicio.
- Octubre: Realización de auditoría interna y externa.

Los recursos empleados en la realización de todo el proyecto han sido:

- Tiempo: Tanto de TEAPs, patólogos, supervisora como personal administrativo, destinando parte de su jornada a la realización de procedimientos, revisiones, sugerencias ect...
- Carpetas virtuales para guardar los procedimientos definitivos, una en cada ordenador de cada sección (teniendo siempre en cuenta que la versión vigente del procedimiento es la que este colgada en la INTRANET, y no una versión impresa del mismo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era crear los procedimientos de trabajo para toda sección del Laboratorio de Anatomía Patológica, de tal manera que hubiera una única forma de realizar la tarea diaria en cada uno de los departamentos del Laboratorio, teniendo claramente definido como se debe realizar la misma. Esto era imprescindible tanto para la obtención de la acreditación ISO 15189 por parte del Laboratorio, como para que el personal de nueva incorporación en el mismo tuviera una guía de procedimientos clara sobre como llevar a cabo el trabajo diario.

El impacto del proyecto ha sido la obtención de los objetivos principales en su totalidad, gracias a la colaboración en el mismo de todo el personal implicado en los procedimientos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido un duro esfuerzo, ya que el proyecto partía de una base deficiente (ausencia manuales de procedimientos de trabajo escritos). Ahora se cuenta con una guía de procedimientos bien elaborada, actualizada, sencilla y de fácil acceso a todo aquel miembro de laboratorio en el que pueda surgir alguna duda en el trabajo diario. Es muy importante seguir actualizando los procedimientos de acuerdo a los cambios que vayan surgiendo en los mismos, debido a los constantes avances de la medicina en el ámbito de la Anatomía Patológica y la Citología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/823 ===== ***

Nº de registro: 0823

Título
REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA PARA LA GESTION DE LA CALIDAD

Autores:
CASADO GONZALEZ MARIA PILAR, BRAVO JUAREZ AINOHA, PONCE VIÑA VANESSA, MOLINERO PEREZ JOSEFA, PAGES COLOMA ROSA ANGELA, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, FERNANDEZ TAULES CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0823

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SE TRABAJA CON MUESTRAS RECIBIDAS EN EL SERVICIO
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado en la unidad la falta de procedimientos de trabajo escritos y consensuados de las distintas secciones del laboratorio. El objetivo para este año es trabajar en calidad, para conseguir la acreditación del laboratorio de Anatomía Patológica en la norma ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de los procedimientos de trabajo de las diferentes secciones para que sirvan de guía para todos los TEAP del servicio y los de nueva incorporación. En Diciembre del año 2019 deben estar elaborados los procedimientos de trabajo de las secciones de macro, corte, citología, inmunología y molecular. Todo el personal TEAP trabajará de igual manera, con los mismos protocolos y utilizando los mismos tiempos.

MÉTODO

La TEAP responsable de la sección en la actualidad, diseñara un borrador que será el que nos servirá de guía para elaborar el procedimiento de trabajo definitivo. Este borrador se pasará por todos los TEAP del servicio para que aporten, supriman o modifiquen su contenido. Cada uno resumirá su procedimiento de trabajo. Se establecerá un calendario con fechas para posteriores reuniones y puestas en común hasta llegar al procedimiento definitivo. El último paso será la aprobación por parte de los patólogos y el jefe de servicio de cada uno de los procedimientos.

INDICADORES

Que el 90% de los TEAP y Patólogos realicen las revisiones de los procedimientos.
Realización de una hoja Excel para registro de revisiones. SI/NO
Que estén realizados al menos 4 procedimientos de trabajo, para su implantación en el servicio al finalizar el año 2019. SI/NO
Elaboración de una encuesta sobre la clarificación y buen uso del procedimiento de trabajo por parte de los TEAP de nueva incorporación. SI/NO

DURACIÓN

Marzo a Mayo: realización del boceto del procedimiento y revisiones por parte del personal TEAP del laboratorio de Anatomía Patológica. Las administrativas realizarán una hoja Excel con registro de revisiones.
Junio a Septiembre: reuniones para consensuar las sugerencias, errores, optimización de tiempos y clarificación de tareas.
Octubre y Noviembre: elaboración y publicación de los procedimientos de trabajo definitivos, revisados por los patólogos y jefe de servicio.
Diciembre: diseño y presentación de la encuesta a los trabajadores de nueva incorporación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0849

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
FUERTE NEGRO BEGOÑA
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
GRACIA FUERTES SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL proceso se inició 22 mayo de 2019, con lo cual la andadura del proyecto es de poco más de 6 meses. Las acciones realizadas se enumeran a continuación

1.- Durante 3 semanas consecutivas antes del inicio del proyecto se recordó durante el comité multidisciplinar de mama la necesidad de que no se espere hasta el final del día para el envío de las biopsias con aguja gruesa (BAG) con BIRADS 4B,4C Y 5, si no que lleguen en la medida de lo posible antes de las 11:30 para su inclusión en el procesador de tejidos. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.

3.- Durante 2 semanas antes del inicio del proyecto de mejora, a modo de preparación, y 2 después se recordó a los TEAP y patólogos la importancia de este tipo de muestras, considerándose como urgentes y, por tanto, incluyéndose con mayor celeridad posible. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.

3.- Durante 2 semanas antes del inicio del proyecto de mejora, a modo de preparación, y 2 después se recordó a los TEAP la importancia de este tipo de muestras, considerándose como urgentes y, por tanto, considerándose como urgentes. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.

4.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 3 del mismo, se insistió a los patólogos la necesidad de no demorar la firma del informe a la espera de completar el estudio inmunohistoquímico. Para ello, se realizaron informes parciales firmados en la historia clínica electrónica, posteriormente complementados con la adición de informes complementarios, también consultables allí. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.

5.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 3 del mismo, se insistió a los patólogos que una vez firmado el informe (en ocasiones parcial como se explica en la actividad 4) se remita a la consulta de patología mamaria y/o las consultas 21 y/o 23, según donde se ubique el Dr. Ramón Cajal, para así acelerar la derivación para la RMN. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.

6.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 3 del mismo se explicó con pequeñas charlas a las secretarías la necesidad, importancia y urgencia del envío del informe firmado a las consulta de patología mamaria y/o las consultas 21 y/o 23, según donde se ubique el Dr. Ramón Cajal. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.

7.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 2 del mismo se hizo hincapié en las consultas donde se encuentre el Dr. Ramón Cajal de la necesidad de darle prioridad a la canalización de la derivación externa para la realización de la RMN. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del Dr. Ramón Cajal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto lleva en marcha poco más de 6 meses. Tal como se indicaba en la memoria del proyecto se realizaría una evaluación a los 6 meses, que se presenta aquí, para implantar medidas correctoras si fuese necesario. La demora media fue de 10,36 días naturales. Teniendo en cuenta que el objetivo era de 15 días, éste se ha logrado. No obstante, dado que el proyecto es de un año, habrá que esperar a su finalización para poder concluir que el objetivo marcado se ha alcanzado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo multidisciplinar dentro y fuera del servicio ayuda a mejorar. Dentro del servicio la coordinación entre TEAP y FEAs ha permitido reducir las demoras. Además, la colaboración de radiología y los celadores ha sido fundamental para que se reduzcan las demoras en las BAGs de mama, al aumentar la probabilidad de procesarse en el mismo día que se toma la biopsia.

El personal administrativo ha colaborado de un modo entusiasta acelerando todo lo posible la remisión del informe firmado a la consulta donde se halle el Dr. Ramón Cajal.

El Dr. Ramón Cajal y el personal de la consulta han desarrollado habilidades de priorización clínica para colocar como una prioridad cursar las derivaciones para la realización de la RMN en el centro externo conveniado.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0849

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/849 ===== ***

Nº de registro: 0849

Título
OPTIMIZACION Y DINAMIZACION DE LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es un marcador de calidad asistencial que el tiempo entre el diagnóstico de un carcinoma de mama y el inicio del tratamiento sea inferior a un mes. No obstante en nuestro hospital se ha constatado que esa cifra se supera, con tiempos medios de demora superiores a 60 días. Esta cifra se ha obtenido de la información proporcionada desde codificación y registro de tumores. Uno de los puntos críticos es el tiempo hasta la derivación a RMN. Nos parece una situación mejorable para ganar en calidad asistencial. Ello nos ha hecho modificar el funcionamiento interno de los servicios implicados para reducir estas demoras para ajustarse a las recomendaciones. Estos cambios creemos que ayudarán a mejorar en el corto, medio y largo plazo, con un mínimo gasto asociado.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es que el tiempo biopsia-derivación a RMN sea inferior, de media, a los 15 días.

MÉTODO
En primer lugar se va a llevar a cabo una labor de concienciación con radiólogos y celadores para que en las biopsias de mama con sospecha BIRADS 4B, 4C y 5 se remitan en cuanto se obtengan al servicio de Anatomía Patológica, a ser posible antes de las 11:30 para un procesamiento ese mismo día. Se comunicará la situación a los patólogos y TEAP para que ante la llegada de las biopsias antes mencionadas se incluyan y procesen con celeridad. Se comunicará a los TEAP la necesidad de considerar estas biopsias como urgentes, por lo que corten y tiñan en primer lugar. Se concienciará a los patólogos de la necesidad de emisión de informes parciales, con posterior adición del estudio inmunohistoquímico complementario. Se concienciará a los patólogos para que en cuanto tengan un diagnóstico de carcinoma infiltrante o intraductal lo firmen, para que aparezca en la historia clínica electrónica, y se imprima para su remisión a la consulta de Unidad de Patología Mamaria y/o consultas 21 y/o 23. Se informará a las secretarías de la importancia de su labor y del envío de los informes impresos por los patólogos a las consultas anteriormente referidas.

INDICADORES
Teniendo en cuenta que el hospital no cuenta con RMN actualmente y, por tanto, no tiene un control amplio sobre este objeto, el mejor indicador será el tiempo medio entre la toma de la biopsia y la derivación a RMN. El objetivo que este intervalo no supere, de media, los 15 días.

DURACIÓN
El proyecto se iniciaría en el segundo trimestre de 2019, finalizando un año después. Transcurridos 6 meses se procederá a valorar la marcha del proyecto, introduciendo, si es necesario, medidas correctoras de disfunciones. Los responsables de la implantación serían los FEAs de Anatomía Patológica y de la consulta de UPM/consultas 21 y/o 23.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0849

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTÉSICA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
PANZANO FRANCO ROSA MARIA
ARA IBARZ MARIA HERMINIA
ROSELLO PARDO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este grupo de mejora se inició en el año 2016 motivado por la necesidad general, por parte del servicio de Anestesiología y Reanimación, de ofrecer una mejor evaluación perioperatoria de todo paciente candidato a cirugía programada; y un manejo activo y acorde a las principales guías clínicas y evidencia disponible de la medicación crónica de los pacientes. En ese sentido, aquellos pacientes con patología reumatológica (ya sean autoinmunes o inflamatorias) requieran con frecuencia distintos tipos de fármacos modificadores de la enfermedad; muchos de los cuales actúan a nivel del sistema inmunológico con el consecuente y potencial riesgo de incrementar el riesgo de infección perioperatoria. Deben por tanto intentar protocolizarse el manejo de estas medicaciones, atendiendo no solo a sus propiedades y características farmacológicas, sino también a la individualización en cada paciente (en función del tipo de patología, gravedad...) así como a las posibles consecuencias y riesgos-beneficios que la interrupción de dicho tratamiento pueda tener en la evolución postoperatoria del paciente.

El grupo de mejora se ha reunido una vez por trimestre exceptuando los meses vacacionales de julio-septiembre (aunque a esto hay que añadir una comunicación activa continuada). En una primera reunión se intentaron establecer distintos criterios que permitieran la identificación adecuada (en base a tipo de patología, situación, gravedad...) de estos pacientes en la consulta de valoración preanestésica. Posteriormente, en una segunda/tercera reunión, y basándonos en el trabajo realizado por el servicio de Anestesiología para el manejo perioperatorio de los fármacos de administración crónica, se estableció un protocolo a seguir en estos pacientes en cuanto a la interrupción o no de los distintos fármacos modificadores de la enfermedad.

En un futuro, la intención del grupo es evaluar; no solo el número de pacientes con este tipo de tratamientos en los que se ha procedido a seguir el protocolo, sino también hasta que punto se ha producido una modificación de las posibles complicaciones asociadas al mantenimiento o suspensión de dichos medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de un listado de los principales fármacos utilizados en este tipo de patologías y de su adecuado manejo perioperatorio en base a la evidencia disponible: Objetivo alcanzado y plasmado en un libro publicado por el Servicio de Anestesiología. Se han elaborado también dosieres resumidos para facilitar el manejo de estos (y otros) tratamientos en la consulta de preanestesia
Discusión con otros servicios relacionados con estos pacientes de los riesgos-beneficios de la interrupción o no de estos tratamientos: Existe en estos momentos cierta carencia en la consecución de este objetivo, que se plantea por ello como uno de los objetivos
Adecuada comunicación al paciente y sus familiares de las medidas a seguir en el manejo de estos fármacos:
Objetivo en nuestra opinión alcanzado, si bien sería interesante establecer una posible encuesta de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos alcanzado el primer objetivo: la identificación de los principales fármacos utilizados en este tipo de pacientes y la realización de un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia disponible. No obstante será necesario a lo largo del año 2018 la confirmación objetiva de que dichos protocolos han sido correctamente seguidos en un alto porcentaje de estos pacientes. Será necesario valorar que desde la visita preoperatoria se han establecido una serie de recomendaciones, así como evaluar objetivamente si dichas recomendaciones han sido posteriormente correctamente comunicadas al paciente y sus familiares, y comprobadas preoperatoriamente antes de la intervención (mediante el check-list).

Queda no obstante pendiente, a modo de autocritica (para los miembros participantes del grupo) el conseguir una mayor concienciación de todos aquellos profesionales encargados de la valoración preoperatoria en cuanto a la identificación y manejo de estos pacientes.
Para ello, el grupo se ha planteado la realización de una sesión informativa al Servicio de Anestesiología (valorando la posibilidad de dar una charla también a los distintos servicios quirúrgicos, responsables también de un manejo perioperatorio óptimo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTÉSICA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/414 ===== ***

Nº de registro: 0414

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREANESTÉSICA

Autores:
MOLINA TRESACO PAOLA, LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE, PANZANO FRANCO ROSA MARIA, ARA IBARZ MARIA HERMINIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ROSELLO PARDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades autoinmunes en tratamiento
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 enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMES (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNF, antiinterleucinas, antiCD20, etc).

La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.

Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.

Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:

1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo).
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTÉSICA

- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un "check list" en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico..

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: octubre 2016

Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.

Evaluación en 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: 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 - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTÉSICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
VERA BELLA JORGE
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
NAJAR SUBIAS MONICA
QUILEZ PEREZ LUCIA
PANZANO FRANCO ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto iniciado en el año 2016 surge de la necesidad del servicio de Anestesiología y Reanimación de ofrecer una mejor evaluación perioperatoria y un manejo activo y acorde a las principales guías clínicas y evidencia disponible de la medicación crónica a todo paciente con patología reumatológica y candidato a cirugía programada.

En ese sentido, muchos de estos fármacos actúan a nivel del sistema inmunológico, con el consecuente y potencial riesgo de incrementar el riesgo de infección perioperatoria.

Debíamos por tanto intentar protocolizar el manejo de estas medicaciones, atendiendo a las propiedades y características farmacológicas, así como a la individualización en cada paciente y a las posibles consecuencias y riesgos-beneficios que la interrupción de dicho tratamiento pueda tener en la evolución postoperatoria.

El grupo se ha ido reuniendo de manera trimestral con los siguientes objetivos:

-Establecer criterios que permitieran la identificación adecuada (en base a tipo de patología, situación, gravedad...) de estos pacientes en la consulta de valoración preanestésica.

-En sucesivas reuniones, y basándonos en el trabajo realizado por el servicio de Anestesiología para el manejo perioperatorio de los fármacos de administración crónica, se estableció un protocolo a seguir en estos pacientes en cuanto a la interrupción o no de los distintos fármacos modificadores de la enfermedad.

-Finalmente la intención del grupo fue evaluar; no solo el número de pacientes con este tipo de tratamientos en los que se ha procedido a seguir el protocolo, sino también hasta que punto se ha producido una modificación de las posibles complicaciones asociadas al mantenimiento o suspensión de dichos medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaboración de un listado de los principales fármacos utilizados en este tipo de

patologías y de su adecuado manejo perioperatorio en base a la evidencia disponible.

-Publicación de un libro elaborado por el Servicio de Anestesiología.

-Elaboración de dossieres resumidos para facilitar el manejo de estos (y otros) tratamientos en la consulta de preanestesia.

-Comunicación multidisciplinar con otros servicios implicados con estos pacientes de los riesgos-beneficios de la interrupción o no de estos tratamientos.

-Adecuada comunicación al paciente y sus familiares de las medidas a seguir en el manejo de estos fármacos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Consideramos una correcta identificación en la consulta de preanestesia de los principales fármacos utilizados en terapias biológicas e inmunosupresores.

- La realización y posteriores revisiones/actualizaciones del protocolo de manejo perioperatorio de los fármacos (basado en la evidencia disponible) han resultado de gran ayuda para un manejo consensuado del Servicio.

-Confirmación objetiva de que dichos protocolos han sido correctamente seguidos en un alto porcentaje de estos pacientes (>82% de cumplimentación)

-Confirmación de que desde la visita preoperatoria se han establecido una serie de recomendaciones, tanto a pacientes como a familiares.

-Verificación en antequirófano (mediante el check-list) de que dichas recomendaciones preoperatorias se han seguido por parte de los pacientes correctamente.

-Se ha conseguido mayor concienciación de todos aquellos profesionales encargados de la valoración preoperatoria en cuanto a la identificación y manejo de estos pacientes.

-Realización de una sesión informativa al Servicio de Anestesiología sobre los progresos, conclusiones, recomendaciones y resultados del trabajo realizado por el grupo.

7. OBSERVACIONES.

A modo de autocrítica, nos hubiera gustado la realización de encuestas de manera formal y por escrito (ya que si que hemos realizado encuestas verbales en las consultas) sobre la información, claridad y satisfacción de nuestros objetivos por parte de pacientes y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/414 ===== ***

Nº de registro: 0414

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

Autores:
MOLINA TRESACO PAOLA, LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE, PANZANO FRANCO ROSA MARIA, ARA IBARZ MARIA HERMINIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ROSELLO PARDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades autoinmunes en tratamiento
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 enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMES (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNF, antiinterleucinas, antiCD20, etc).
La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.
Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.
Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:
1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo).
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un "check list" en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Evaluación en 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 : 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 - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALAMILLO SALAS CLARA
NAJAR SUBIAS MONICA
VERA BELLA JORGE
SAUCO JAQUES JOSE EMILIO
FERNANDEZ GIL MARTA
ANTON QUIROGA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el inicio del grupo de mejora en el año 2016, motivado por la trascendencia clínica que una potencial y/o conocida vía aérea difícil puede tener tanto sobre la seguridad del paciente como sobre el ejercicio del profesional médico (incluyendo no solo a la especialidad de anestesiología sino también a otras como medicina intensiva y/o urgencias) y con el objetivo de intentar identificar a aquellos pacientes que por su exploración preintervención fueran potencialmente considerados como vía aérea difícil, se procedió a intentar establecer un protocolo de identificación de factores de vía aérea difícil, inicialmente en la visita preoperatoria (pero también, en el caso de las urgencias, en la valoración preoperatoria inmediata a la realización de la intervención), utilizando para ello los distintos marcadores que las distintas sociedades anestésicas han considerado como útiles en base a la evidencia disponible.

A lo largo del año 2017 se han realizado cuatro reuniones con asistencia masiva (salvo justificación exclusivamente motivada por la existencia de guardia o de libranza de guardia de algún asistente) de los miembros del grupo en las siguientes fechas: 8/02/2017, 6/06/2017, 12/08/2017 y 12/12/2017. Durante estas reuniones se procedió a analizar el número de vías aéreas difíciles no previstas, así como el número de vías aéreas potencialmente difíciles identificadas en la visita preoperatoria en aquellos pacientes candidatos a cirugía programada, así como a valorar el manejo (relativo a vía aérea) que se había realizado con dichos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Así, y a partir de los datos analizados y evaluados en las distintas reuniones se han llegado a las distintas conclusiones respecto a los objetivos (inicialmente marcados) a realizar según los planes del grupo de mejora del año anterior:

. 1) La identificación de pacientes con potencial vía aérea difícil por parte de miembros del servicio de anestesiología en la consulta de preanestesia ha sido adecuada, en base a los principales factores predictores recomendados por las principales sociedades anestésicas. Dicha identificación ha sido adecuadamente descrita en la hoja de evaluación preanestésica, así como adecuadamente transmitida al servicio de anestesia de cara a realizar un adecuado manejo de dichos pacientes.

. 2) La aparición de vía aérea difícil no esperada en quirófano (una situación de alto riesgo para el paciente) ha sido, en los (afortunadamente) escasos casos en los que ha aparecido, adecuadamente manejada e identificada, con la consecuente identificación en la hoja intraoperatoria de dichos pacientes y la transmisión activa tanto al paciente como a los familiares del paciente de dicha situación, con el objetivo de minimizar los riesgos futuros que una posible anestesia general (y/o manejo de su vía aérea por situaciones de emergencia) pudiera tener.

. 3) Uno de los objetivos que se plantearon en el inicio del grupo de mejora fue la elaboración de un registro informatizado y a ser posible adjuntado a la historia clínica electrónica. Lamentablemente, si bien se ha podido realizar una correcta identificación en la historia clínica (en papel) de los pacientes con vía aérea difícil potencial o conocida, su incorporación a la historia clínica electrónica no ha sido posible, en gran parte debido al déficit que la historia clínica electrónica presenta en nuestro hospital.

4). Aunque inicialmente se intentó realizar la identificación mediante tarjeta de aquellos pacientes con vía aérea difícil potencial o conocida, la práctica clínica nos ha conducido a otro planteamiento: la identificación mediante tarjetea de posible vía aérea difícil no suponía grandes diferencias respecto a la identificación en la visita preanestésica (programada o urgente) de dicha vía aérea en lo que respecta al servicio de anestesia, donde además la presencia de una potencial vía aérea difícil era comunicada de forma activa al resto de los miembros del servicio; en el caso de una situación de urgencia, en aquellas ocasiones (afortunadamente pocas) en lo que esto ha sucedido la emergencia de la situación hacía que o bien los facultativos consultasen el acto anestésico (o preanestésico) previo o bien, en caso de emergencia, no se consultase ningún aspecto de la historia relativo a la VAD. Eso ha hecho que los miembros de este grupo de mejora se plantee nuevas medidas que minimicen el riesgo de VAD y optimicen su manejo, en lugar de la identificación mediante tarjeta.

5). Esas medidas que se han decidido adoptar, en lugar de la administración y creación de una tarjeta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

identificativa (al menos hasta la posibilidad de poder adjuntar y disponer realmente de una historia clínica electrónica adecuada) se han aprobado en las distintas reuniones del grupo de mejora, y son las siguientes: identificación y comunicación activa a los miembros del servicio de anestesiología y servicios relacionados con el paciente de la presencia de una vía aérea difícil potencial, administración clara y concisa al paciente y sus familiares directos de la existencia de una vía aérea difícil conocida en aquellos casos pertinentes (con especial énfasis en la necesidad de comunicar dichos datos ante cualquier situación que pudiera requerir de un acceso a la vía aérea), identificación clara y resaltada en el acto quirúrgico-anestésico de la existencia de una vía aérea difícil, formación (en la medida de lo posible) de todos aquellos facultativos posibles sobre el adecuado manejo y/o identificación de una vía aérea difícil y formación continuada de facultativos del servicio en el manejo de la vía aérea difícil .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La identificación de una vía aérea difícil (potencialmente) en una visita preoperatoria es fundamental; para ello, parece claro que la utilización de los principales indicadores de vía aérea difícil son suficientes para su identificación. A este respecto, consideramos que los facultativos anestésicos, por su formación y trabajo diario, están sobradamente formados en su identificación y exploración; se hace necesario no obstante, una vez identificada una vía aérea difícil (potencial) la correcta transmisión de la información al resto del servicio y en especial al facultativo responsable el día de la intervención, para el desarrollo de un adecuado manejo del paciente. En este sentido, para años posteriores se considera necesaria la implementación de la transmisión de la información de una forma segura y generalizada al servicio de anestesia.

El problema se plantea en situaciones de urgencia o emergencia, en los que pudiera darse la situación de no disponer del tiempo necesario para la correcta consulta de los datos preanestésicos. Aunque uno de los objetivos iniciales de este grupo era la creación de una tarjeta de identificación, consideramos que lo ideal sería disponer de una adecuada historia clínica electrónica en la que se detallará el carácter difícil de la vía aérea del paciente. Desgraciadamente esto escapa a las posibilidades de este grupo, debiendo buscar alternativas hasta que dicha historia clínica electrónica (adecuada) sea una realidad.

Consideramos por ello que hasta entonces, además de una correcta identificación en los documentos anestésicos, lo mejor que podemos hacer es una formación activa de todos los facultativos en el manejo e identificación de la vía aérea difícil. Para ello, se ha valorado la posibilidad de realizar cursos y/o charlas de formación en el manejo de la vía aérea básicos para los facultativos del hospital, y avanzados para aquellos facultativos que puedan estar más relacionados con el manejo de la vía aérea (anestésicos, médicos intensivistas, médicos de urgencias).

7. OBSERVACIONES.

En base a lo anterior, consideramos la necesidad de prorrogar el grupo de mejora (al menos) un año más, tanto por su importancia en el trabajo diario del servicio como en la seguridad de los pacientes, con los siguientes objetivos:

1. Formación de los miembros del servicio de anestesiología en el manejo adecuado de la vía aérea: para ello, se intentará desde el grupo de mejora la distribución de distintos cursos de formación para que de forma generalizada se distribuya entre los miembros del servicio. Durante este año, dos miembros han realizado curso de formación en manejo fibroscópico de vía aérea y dos en acceso quirúrgico a vía aérea.
2. Desarrollo de programa de formación en manejo de vía aérea para otros facultativos: el servicio de anestesia realiza de forma activa un curso en manejo de vía aérea. Desde el grupo de mejora se considera fundamental la continuación de esta actividad, así como un esfuerzo activo en darlo a conocer y permitir su generalización a todos aquellos facultativos interesados.
3. Identificación adecuada y registro de pacientes con vía aérea difícil real o potencial: se considera fundamental continuar con el registro de aquellos pacientes que pudieran presentar vía aérea difícil y su adecuada identificación en los registros anestésicos.
4. Implementación de identificación de estos pacientes en la historia clínica electrónica: aunque escapa (probablemente) a las posibilidades reales de este grupo de mejora, consideramos fundamental desarrollar de manera activa con los responsables de la creación de la historia clínica electrónica un elemento de identificación de vía aérea difícil, de fácil e inmediata consulta en aquellas situaciones en que sea necesaria.
5. Concienciación del resto de servicios quirúrgicos: uno de los aspectos que hemos encontrado, motivados por la situación actual, es que muchos pacientes son evaluados y posteriormente programados sin notificación (al servicio de anestesia) a pesar de haber dispuesto específicamente la necesidad de dicha notificación para una adecuada preparación del manejo de la vía aérea. Uno de los objetivos a conseguir el próximo año es que, en aquellos casos de potencial vía aérea difícil identificados en visita preoperatoria, se consiga una programación con suficiente antelación y notificación al servicio de anestesiología para su correcto manejo.
6. Análisis del manejo de una vía aérea difícil y protocolización: una vez se consiga una adecuada identificación y comunicación de una potencial vía aérea difícil, su manejo debe ser lo más protocolizado posible de cara a una mayor seguridad de los pacientes. Para ello, y desde este grupo, se toma como objetivo para el próximo año el análisis detallado de aquellos casos de vía aérea difícil así como el desarrollo e implementación de un protocolo de manejo o guía de manejo a conocer por todos aquellos profesionales que en un momento determinado pudieran estar relacionados con el manejo de la vía aérea.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ALAMILLO SALAS CLARA, NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, FERNANDEZ GIL MARTA, ANTON QUIROGA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA

En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.

Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.

Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.

La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD.

El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarma que acontece sin estar preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

MÉTODO

- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
 - . Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal...).
 - . Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

INDICADORES

- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.

- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.

- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizarán incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados...

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).

Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto 4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

DURACIÓN

Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.

Elaboración del registro: diciembre de 2016.

Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en 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 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 - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA VILA MENGUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAJAR SUBIAS MONICA
VERA BELLA JORGE
MOLINA TRESACO PAOLA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
OLIVAN LAFUENTE BLANCA
ABIOL CAMPOS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Sesión informativa acerca de la implantación de la tarjeta de vía aérea difícil. Asistencia del 80% de los miembros del servicio (ausencias justificadas)
- Diseño e impresión de la tarjeta identificativa por duplicado (para el paciente y para la historia clínica en papel)
- A los pacientes identificados como vía aérea difícil, se les entrega una tarjeta debidamente rellena, junto con una breve y sencilla explicación acerca de su utilidad y de la conveniencia de llevarla encima en todo momento
- Incorporación a la historia clínica en papel del duplicado de la tarjeta entregada al paciente, rellena por el mismo facultativo
- Auditoría en noviembre acerca de los casos registrados y la cumplimentación de la tarjeta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Buena adhesión al proyecto de mejora por parte del servicio de anestesiología
- Correcta identificación y registro de los casos de vía aérea difícil, aproximándose a la incidencia publicada en las guías de manejo de vía aérea
- Se han evitado situaciones de riesgo en el manejo de la vía aérea por la tarjeta incluida en la historia clínica de la población diana
- Mejoría global en la seguridad y calidad en el manejo de la vía aérea
- Gestión responsable de recursos en función de los casos detectados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se considera muy necesaria la correcta transmisión de la información tanto verbal (como se venía haciendo hasta antes del proyecto) como por escrito en los casos con dificultad en el manejo de la vía aérea
- El registro de los casos acontecidos ayuda en la detección de necesidades de formación y de previsión de recursos para maximizar la seguridad y calidad en la atención del paciente
- Se recomienda seguir con el proyecto, nombrando nuevos responsables y realizando auditorías anuales

7. OBSERVACIONES.

Se considera finalizado el presente proyecto por traslado a otro hospital de la coordinadora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ALAMILLO SALAS CLARA, NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, FERNANDEZ GIL MARTA, ANTON QUIROGA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Otro tipo Objetivos:

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

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.

Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.

Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.

La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD.

El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarma que acontece sin estar preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

MÉTODO

- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
 - . Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal...).
 - . Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

INDICADORES

- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.
- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.
- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizarán incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados...

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).

Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto 4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

DURACIÓN

Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.

Elaboración del registro: diciembre de 2016.

Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

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 - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE CLARA ALAMILLO SALAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA
SAUCO JAQUES JOSE EMILIO
CARRION PAREJA JUAN CARLOS
BOTAYA ESTAUN ANA
POLO TOLOSANA MARTA
PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL motivo de la creación de este grupo fue la importancia que las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) pueden tener en la recuperación postanestésica, tanto en confortabilidad del paciente como en seguridad, aumento de tasas de ingreso hospitalario, aumento de costes, aumento de complicaciones...EL objetivo fundamental de la creación de este grupo de mejora tenía como base la estratificación del riesgo preoperatorio de NVPO de los pacientes, y el desarrollo de unos protocolos que permitieran tanto la profilaxis como el tratamiento de las NVPO; a partir de aquí, es de suponer que se conseguirá la disminución de la incidencia de esta complicación y con ella la de sus posibles consecuencias en el paciente.

A lo largo del año se han producido 5 reuniones del grupo de mejora, citándose a continuación las actividades realizadas:

1. Elaboración de protocolos de estratificación de riesgo preoperatorio para NVPO: desarrollado a raíz de consulta bibliográfica (guías de práctica clínica, manuales...), y traslado al Servicio de Anestesiología para su implementación en la visita preanestésica (en caso de cirugía programada) y en la valoración preanestésica en cirugías de urgencia. Se ha utilizado principalmente, por su evidencia, la escala de Apfel para adultos.
2. Elaboración de protocolo de profilaxis de NVPO: a partir también del análisis de la bibliografía existente, se ha desarrollado un protocolo de prevención de NVPO con medidas farmacológicas (administración previa de distintos fármacos), medidas intraoperatorias (potenciación de anestesia regional sobre general, minimización del uso de opioides intraoperatorios, minimización del uso de óxido nitroso...). Estas medidas se realizan en base a lo que debe considerarse primera medida preventiva, la estratificación del riesgo realizada durante la valoración preanestésica.
3. Elaboración de protocolo de tratamiento de NVPO: en aquellos pacientes en los que a pesar de una adecuada profilaxis se presente esta complicación debe realizarse un tratamiento lo más protocolizado posible. Para ello, se ha desarrollado también dicho protocolo para su aplicación en este tipo de pacientes.
4. Creación de vademécum de fármacos relacionados con la profilaxis-tratamiento de las NVPO: la realización de protocolos se ha basado no solo en la bibliografía disponible, sino también en su adaptación al contexto real de nuestro servicio y Hospital, usándose los fármacos actualmente disponibles al respecto y especificándolo en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los distintos indicadores que inicialmente nos planteamos citamos a continuación los resultados obtenidos:

· Creación de protocolos y verificación: se han creado los citados protocolos de estratificación de riesgo, profilaxis y tratamiento de NVPO, que se han presentado al Servicio de Anestesiología para su aprobación e implementación posterior.

· Control de los resultados: aprovechando la visita para el control de dolor agudo postoperatorio se ha iniciado también el control y seguimiento de la incidencia de NVPO en pacientes postoperatorios, estando pendiente de su análisis (supeditado a un mayor tiempo de funcionamiento del protocolo).

· Se ha iniciado la recogida de datos respecto a incidencia de NVPO durante su estancia en Unidad de Recuperación Anestésica, estando pendiente su análisis una vez exista un mayor tiempo de funcionamiento del protocolo).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Creación de protocolos de estratificación de riesgo de NVPO en cirugía mayor ambulatoria: dada la importancia cada vez mayor que la CMA va a tener en nuestro contexto (siempre si se consigue una adecuada organización de la misma), consideramos oportuno la implementación de un protocolo adaptado para la estratificación de riesgo en pacientes de CMA; para ese fin, se ha propuesto la utilización de la Escala de Apfel adaptada a Cirugía Mayor Ambulatoria, que debería aplicarse de manera individualizada a todo paciente candidato a CMA.
2. Solicitud de nuevos fármacos: existen fármacos cuya eficacia ha sido demostrada en el tratamiento de las NVPO, especialmente en aquellos casos refractarios al tratamiento inicialmente establecido en los protocolos, que no están disponibles en nuestro Hospital. Uno de los objetivos para mejorar el programa de apoyo es la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

solicitud mediante los informes que se consideren oportunos de dichos fármacos.

3. Registro de datos: uno de los objetivos (iniciales también) futuros es la creación de un registro con el análisis de la problemática real que plantean las NVPO: análisis de población de alto riesgo detectada en la valoración preanestésica, análisis del cumplimiento de los distintos protocolos, análisis de la incidencia de NVPO global, en Unidad de Reanimación Postanestésica y en Planta, incidencia de NVPO tardíos en CMA...Este será, a consideración de los miembros del grupo de mejora, uno de los principales objetivos para el próximo año.

4. Valoración de la importancia de las NVPO: aunque el número de pacientes en edad pediátrica intervenidos en nuestro hospital no es especialmente alto, consideramos que la elaboración de un protocolo al respecto para el adecuado manejo de las NVPO en estos pacientes puede ser muy importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/416 ===== ***

Nº de registro: 0416

Título
PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

Autores:
ALAMILLO SALAS CLARA, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, CARRION PAREJA JUAN CARLOS, BOTAYA ESTAUN ANA, POLO TOLOSANA MARTA, PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Efectos secundarios anestésicos y quirúrgicos
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 náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son un problema de aparición frecuente (entre un 20-30% de todas las intervenciones quirúrgicas) que empeora el bienestar del paciente y su satisfacción además de prolongar la estancia hospitalaria, en algunas ocasiones, ya que aumentan el número global de complicaciones.

Este problema se hace más importante y limitante en el caso de la cirugía mayor ambulatoria ya que dificulta el proceso haciendo necesario el ingreso en la mayoría de las situaciones en que aparecen.

Las repercusiones de las NVPO son muy variadas dando lugar a la aparición de complicaciones postoperatorias tan importantes como la neumonía por broncoaspiración, dehiscencias de suturas, retraso en la ingesta, deshidratación...

Se hace necesaria la creación de unas normas de actuación y protocolos tanto de prevención como de tratamiento basados en la actual evidencia científica sobre los fármacos y medidas existentes para minimizar la aparición de este problema.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la incidencia de aparición de NVPO en las intervenciones realizadas en nuestro centro.
- Disminución del número de ingresos que se generan por este motivo en los pacientes que han sido intervenidos en el circuito de cirugía mayor ambulatoria.
- Creación de un protocolo de profilaxis de NVPO con las medidas para prevenir su aparición adaptadas a las cirugías y su riesgo de aparición.
- Creación de un protocolo de tratamiento de NVPO una vez se han presentado.
- Crear un vademecum con los fármacos a utilizar tras la revisión de la evidencia científica publicada.
- Disminuir el número de complicaciones postoperatorias debidas a la aparición de NVPO.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes durante todo su proceso quirúrgico.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para la profilaxis de las NVPO.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para el tratamiento de las NVPO una vez que aparecen.
- Creación de dos protocolos de actuación, uno para profilaxis y otro para tratamiento, adaptados al tipo de cirugía y sus riesgos de NVPO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo:

. Elaborar un "check list" en la Unidad de Recuperación Post Anestésica sobre la profilaxis de NVPO realizada previa a la cirugía y en el intraoperatorio.

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

. Elaborar un sistema de recogida de incidencia de NVPO durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica y una vez el paciente se encuentra en la planta de hospitalización.

- Una vez el protocolo se haya aplicado durante el tiempo suficiente (se considerará al crear el mismo), valoración de la disminución de la aparición de NVPO y sus complicaciones asociadas.
- Creación de un registro de aparición de NVPO y la necesidad o no de ingreso por este motivo en los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria.
- Realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes a los que se haya aplicado el protocolo.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Primera evaluación en 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 - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE MONICA NAJAR SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA BELLA JORGE
FERNANDEZ GIL MARTA
VILLARROEL PINO ENRIQUE
ZAMBRANO CAMPOS VANESA
ALCOLEA BERNAD TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La rehabilitación intensificada multimodal quirúrgica constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal con el objetivo de mejorar la recuperación del paciente y disminuir las complicaciones y la mortalidad. La rehabilitación intensificada comienza en el momento del diagnóstico y pretende reconocer las necesidades individuales del paciente para prevenir complicaciones y optimizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía, siendo imprescindible contar con la estrecha colaboración de todos los especialistas que participan en el proceso, así como del propio paciente y sus familiares. La implementación del protocolo es un proceso complejo que conlleva tiempo y el trabajo coordinado de diferentes especialidades, las actividades realizadas por nuestro grupo de mejora durante los últimos 12 meses incluyen: ? Reunión de presentación de los integrantes del grupo y asignación de tareas. Se elaboró un calendario de actividades. Se asignó un responsable para búsqueda de la bibliografía referente a protocolos y recomendaciones actualizadas del tema. ? Reunión multidisciplinar (Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermería) para reconocer las fortalezas y debilidades en el manejo del paciente sometido a cirugía colorrectal en nuestro hospital. Se valoró la posible adaptación de los protocolos de la Vía RICA del ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como las recomendaciones del grupo GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal). También se tomaron en consideración protocolos de otras sociedades científicas, así como metaanálisis de impacto publicados en revistas especializadas. ? Se realizó entrevistas personalizadas no estructuradas al personal del bloque quirúrgico, con el fin de elaborar cursos formativos adaptados a las necesidades detectadas. Quedó pendiente realizar actividades de este índole para el personal de planta y consultas externas. ? Se realizaron 2 coloquios formativos sobre el proceso de implantación y beneficios del programa de rehabilitación multimodal dirigidos a los servicios de anestesiología y reanimación y cirugía general. Se valoró la necesidad de implementar un programa formativo que incluya además los servicios de enfermería, endocrinología y nutrición entre otros. ? Se elaboró el primer borrador del protocolo de Rehabilitación Intensificada en cirugía colorrectal electiva en el Hospital San Jorge de Huesca. Siendo indispensable su discusión interdisciplinaria para la detección de posibles barreras de implementación. ? Se definieron los criterios de selección de los pacientes susceptibles de beneficiarse del programa. ? Se diseñó una guía preliminar del procedimiento para explicar a paciente y familiares el programa y las actividades pertinentes a realizar. ? Se redactaron los documentos de consentimiento informado necesarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Diseño y puesta en marcha del Protocolo de rehabilitación intensificada adaptados al Hospital San Jorge de Huesca:

- Verificación de la elaboración de los protocolos adaptados al Hospital San Jorge: 6 reuniones multidisciplinarias.
- Registro de las actividades realizadas para la difusión del programa: 1 ronda de entrevistas no estructuradas.
- Registro de las actividades formativas a los diferentes profesionales implicados: 2 coloquios formativos.
- Disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria de los pacientes:
Revisión de los datos recogidos: número y características de los pacientes, tipo de intervención, procedimientos realizados, estancia media, complicaciones: Elaboración de una tabla de recogida de datos sobre la situación previa a la implementación del protocolo.

- Valoración de los datos recogidos en los cuestionarios de calidad de vida y recuperación postoperatoria: Pendiente de realizar posterior a la implementación del protocolo.
- Aumento de la satisfacción del paciente y sus familias: Pendiente de realizar las encuestas de satisfacción y sugerencias, una vez implementado el protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario dar continuidad al grupo de mejora para lograr alcanzar los objetivos propuestos, ya que se requiere tiempo y dedicación para poner en marcha un protocolo tan complejo. Lecciones aprendidas: Es importante la formación y el cambio de mentalidad hacia el trabajo en grupo por parte del personal sanitario, así como la implicación activa del paciente.

Es necesario diseñar una matriz temporal con todas las actividades e intervenciones que se realizan al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

paciente durante todo el proceso asistencial. Deben quedar registradas todas las actuaciones, también se deben asignar responsables a todas las actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/614 ===== ***

Nº de registro: 0614

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, FERNANDEZ GIL MARTA, GODED BROTO IGNACIO, ZAMBRANO CAMPOS VANESA, ALCOLEA BERNAD TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
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 cirugía colorrectal es altamente invasiva y consume gran número de recursos en todo su proceso. Este consumo aumenta cuando se presentan complicaciones.

Los programas de rehabilitación multimodal, surgen a principios de los años noventa como un concepto de cuidados pre, intra y postoperatorios cuyo objetivo es mejorar la recuperación tras la cirugía electiva reduciendo así la estancia hospitalaria. Es una estrategia multidisciplinar para reducir las complicaciones postoperatorias y el estrés quirúrgico responsables de la aparición de disfunción orgánica.

En este sentido, es esencial lograr varios objetivos:

- La intervención debe ser realizada en las mejores condiciones posibles: identificar las comorbilidades inherentes a cada uno de los pacientes mejorando en lo posible su control previo y disminuir el tiempo de ayuno con la administración de soluciones carbohidratadas.
- Se debe optimizar el manejo peri e intraoperatorio: minimizando el dolor, el íleo y la inmovilización con analgesia adecuada, control de fluidos y cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible.
- Se debe optimizar rehabilitación postoperatoria: iniciando tolerancia oral precoz y movilización temprana, retirando sondas y drenajes colocados durante la intervención.

Dado que se trata de una actuación multidisciplinar, se hace necesaria la protocolización de todas las actividades en conjunto para conseguir los máximos beneficios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Protocolos de rehabilitación intensificada adaptados al Hospital San Jorge de Huesca y sus recursos.
- Puesta en marcha del programa: circuitos...
- Disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria de los pacientes.
- Aumento de la satisfacción del paciente y sus familias.

MÉTODO

- Revisión de las recomendaciones existentes en la actualidad.
- Reuniones multidisciplinarias para consensuar la adaptación de los protocolos propuestos por las sociedades científicas a la situación individual de nuestro hospital.
- Formación de los profesionales implicados en todo el proceso en un programa de rehabilitación multimodal (cirugía general, anestesiología, endocrinología y enfermería)
- Creación de los protocolos
- Difusión, explicación y publicación de los protocolos para facilitar el acceso a todos los profesionales.
- Definición de los criterios de selección de los pacientes candidatos de entrar en el programa.
- Establecer un procedimiento para explicar a paciente y familiares el programa y las actividades a realizar en cada caso. El paciente deberá firmar los documentos de consentimiento informado necesarios.
- Creación de una hoja de recogida de datos de los casos que entran en el programa, encuesta de calidad de vida del paciente pre y postoperatoria (cuestionarios estandarizados) y de los procedimientos realizados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Desde la consulta, el paciente recibirá una pauta de suplementos nutricionales y unas recomendaciones de ejercicio físico, según sus capacidades, para optimizar su estado basal.
- Establecimiento de estrategias de analgesia multimodal adaptadas al tipo de cirugía.
- El documento con los datos recogidos quedará archivado por el grupo de rehabilitación intensificada para futuros análisis.

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adaptados al Hospital San Jorge.
- Registro de las actividades realizadas para la difusión del programa.
- Registro de las actividades formativas a los diferentes profesionales implicados.
- Revisión de los datos recogidos: número y características de los pacientes, tipo de intervención, procedimientos realizados, estancia media, complicaciones..).
- Valoración de los datos recogidos en los cuestionarios de calidad de vida y recuperación postoperatoria.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN

La puesta en marcha del proyecto se realizará en varias fases:

- Inicio (2-3 meses): reunión de los representantes de los diferentes servicios, creación del circuito y adaptación de los protocolos.
- Formación, difusión y publicación: estas actividades se realizaran en diferentes ediciones mientras se pone en marcha el programa para no demorar la implementación del mismo.
- Implementación y puesta en marcha del programa: una vez aprobado el mismo por las autoridades hospitalarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ GIL MARTA
PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA
CASTEL LANGA MARIA PILAR
DEMUR LAPLANA LAURA
BERGUA SALAS LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se comentó inicialmente, se puso en marcha este proyecto de mejora con el fin de brindar un correcto manejo del dolor agudo postoperatorio y un control adecuado de los catéteres epidurales y perineurales colocados en quirófano y que posteriormente permanecerán en la planta. De este modo, se ha realizado un seguimiento exhaustivo por parte de Enfermería de REA y el Servicio de Anestesiología de los catéteres implantados durante los tres primeros días postoperatorios, recogiendo diversas variables en una hoja específicamente diseñada para ello.

Recordamos los objetivos del proyecto:

- Analizar el funcionamiento de los catéteres colocados en quirófano durante el postoperatorio
- Detectar problemas en el manejo y cuidado de los catéteres
- Detectar reacciones adversas y complicaciones derivadas de los catéteres y de los fármacos empleados
- Evaluar el dolor percibido por los pacientes mediante la escala EVA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este periodo de tiempo se han recogido datos de 22 catéteres epidurales implantados en quirófano y que han sido utilizados para optimizar el control de dolor postoperatorio. De ellos, tres se colocaron a nivel torácico y el resto a nivel lumbar.

Las cirugías para las que se han colocado son:

- Prótesis de cadera: 1
- Osteosíntesis de tibia: 1
- Cirugía abdominal abierta: 6
- Prótesis de rodilla: 3
- Cesárea: 6
- Histerectomía abdominal: 2
- Nefrectomía: 2
- Prostatectomía: 1

Indicadores:

- Fármacos y efectos secundarios derivados de los mismos
- Permanencia y utilización del catéter epidural en planta
- Medición del dolor mediante la escala EVA en reposo y en movimiento
- Complicaciones relacionadas con el catéter epidural

FÁRMACOS EMPLEADOS Y EFECTOS SECUNDARIOS:

Los fármacos empleados han sido ropivacaína 0.2% y levobupivacaína 0.125%.

En 18 de ellos se añadió fentanilo en la perfusión (de 3 a 4 ml) de anestésico local.

Sólo uno de ellos presentó prurito como efecto secundario y ninguna otra sintomatología atribuible al mórfico

(4,5%). En ninguno de ellos se detectaron síntomas ni signos relacionados con toxicidad por anestésicos locales.

Las velocidades de infusión fueron variables entre 5 ml/h y 11 ml/h en función del paciente, la cirugía realizada y su patología de base.

PERMANENCIA DEL CATÉTER EPIDURAL:

- Un día postoperatorio: 10 pacientes
- Dos días postoperatorios: 6 pacientes
- En un paciente se produjo salida accidental del catéter epidural durante el primer día postoperatorio y en tres durante el segundo día postoperatorio
- A dos de los pacientes se les retiró el catéter epidural durante el primer día postoperatorio por complicaciones no relacionadas con el mismo (ingreso en UCI y reintervención quirúrgica por problemas relacionados con la cirugía)

MEDICIÓN DEL DOLOR EN PLANTA MEDIANTE LA ESCALA EVA EN REPOSO Y EN MOVIMIENTO:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

En uno de los pacientes no fue valorable la escala EVA por barrera idiomática

Clasificación EVA:

- Leve (0-3)
- Moderado (4-7)
- Severo (8-10)

Primer día postoperatorio (medido en 18 pacientes): Quedan excluidos los dos pacientes a los que se les retiró por otros motivos el catéter, el paciente con barrera idiomática y la extracción accidental durante el primer día

EVA REPOSO:

- Leve ?14 pacientes (77%)
- Moderado ? 2 pacientes (11%)
- Severo ?2 pacientes (11%)

EVA MOVIMIENTO:

- Leve ? 12 pacientes (66%)
- Moderado ?4 pacientes (22%)
- Severo ?2 pacientes (11%)

Segundo día postoperatorio (medido en 6 pacientes)

EVA REPOSO:

- Leve ?5 pacientes (83,3%)
- Moderado ? 1 pacientes (16,6%)
- Severo ? 0 pacientes

EVA MOVIMIENTO:

- Leve ? 4 pacientes (66,6%)
- Moderado ? 2 pacientes (33,3%)
- Severo ? 0 pacientes

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CATÉTER EPIDURAL DETECTADAS:

- Cuatro salidas accidentales: Del total de 22 pacientes recogidos, supone un 18%. En los tres casos que se produjo la extracción accidental durante el segundo día, fue en contexto de higiene y cambio postural
- Una cefalea postpunción dural que cedió con tratamiento analgésico convencional y reposo relativo
- Analgésia "parcheada" en uno de los pacientes
- Hipotensión sintomática en uno de los pacientes (solucionada disminuyendo la velocidad de infusión)
- Tres pacientes presentaron bloqueo sensitivo o motor de extremidades inferiores que se solucionó disminuyendo la velocidad de infusión del fármaco
- Tres pacientes precisaron rescates analgésicos endovenosos para control del dolor

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se hace necesario continuar con la recogida y análisis de datos de este proyecto para terminar de obtener una conclusión acerca del manejo del control postoperatorio del catéter epidural en planta, así como para seguir detectando efectos adversos y posibles errores humanos (como salidas accidentales) que deriven en un incorrecto control del dolor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/554 ===== ***

Nº de registro: 0554

Título

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Autores:

URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, OLIVAN LAFUENTE BLANCA, CASTEL LANGA MARIA PILAR, DEMUR LAPLANA LAURA, BERGUA SALAS LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: POSTOPERADOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

PROBLEMA

El control del dolor postoperatorio es esencial para brindar una mejor calidad de atención hospitalaria al paciente.

Dentro del amplio abanico de posibilidades para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio se encuentra la anestesia epidural, ampliamente conocida por su extendido uso para el trabajo de parto.

Realizamos este proyecto para implantar un mejor control del dolor postoperatorio, un control exhaustivo y correcto del catéter epidural, así como para evitar o detectar las posibles complicaciones derivadas del mismo, favoreciendo una pronta recuperación y rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pone en marcha este proyecto para iniciar un control de todos los pacientes portadores de catéter epidural implantado en el área quirúrgica.

Objetivos principales:

- Favorecer su permanencia
- Evitar un mal uso del mismo, así como manipulaciones externas incorrectas derivadas del desconocimiento de su uso
- Evitar la migración y extracción/salida accidental del catéter
- Disminuir el riesgo de infección y sus complicaciones asociadas
- Conseguir un alivio sostenido del dolor disminuyendo los requerimientos de opiáceos
- Evitar los efectos adversos de analgésicos endovenosos
- Conseguir una vasodilatación periférica en pacientes con isquemia de EEII
- Proporcionar al personal de enfermería los conocimientos y habilidades de las técnicas de fijación, mantenimiento y retirada del catéter epidural
- Identificar efectos adversos derivados de la analgesia epidural:
 - Hipotensión y bradicardia
 - Prurito
 - Náuseas y vómitos
 - Toxicidad neurológica
 - Bloqueo sensitivo y motor
 - Hematoma y absceso epidural
 - Sedación y depresión respiratoria

MÉTODO

Acciones previstas:

- Formación al Servicio de Enfermería de Hospitalización sobre el manejo básico y cuidados del catéter epidural, así como de los conocimientos necesarios para identificar situaciones potencialmente graves derivadas del mismo.
- Recogida por parte de Enfermería y del Servicio de Anestesia de datos diarios de cada catéter epidural que haya en planta mediante un sistema reglado (Hojas de evaluación del catéter epidural).
- Archivo de las mismas durante el periodo de un año y evaluación de los resultados para identificar complicaciones y evaluar el control del dolor postoperatorio.

INDICADORES

- Existencia y disponibilidad del material necesario.
- Datos a recoger en las Hojas de control de catéter epidural:
 - Nombre del paciente y cama de hospitalización
 - Fecha de colocación del catéter, nivel del mismo, fármaco, concentración del mismo, y velocidad de infusión
 - Tipo de cirugía realizada
 - EVA en reposo y a la movilización
 - Presencia de prurito (y asociación o no con opiáceos)
 - Bloqueo sensitivo-motor de EEII
 - Plan para el día siguiente
 - Última analítica antes de la retirada del catéter
 - Fecha de retirada del mismo
- Registro con los datos obtenidos en las Hojas de control durante el periodo de un año para calcular:
 - Porcentaje de pacientes con catéter epidural que son intervenidos
 - Porcentaje de pacientes que presentan salida accidental del catéter epidural
 - Identificar efectos adversos y complicaciones derivadas del catéter epidural
- Comparar los datos obtenidos con la incidencia habitual de efectos adversos y complicaciones.

DURACIÓN

- Sesión/formación a Enfermería de Hospitalización (fecha aún por determinar) una vez aprobado el proyecto.
- Inicio de la recogida de datos desde la aprobación del proyecto hasta el segundo semestre de 2019.
- Reuniones periódicas cada dos meses entre Enfermería y el Servicio de Anestesia para identificar problemas durante la recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos tras finalizar la recogida de datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA OLIVAN LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
GOMEZ GIMENO ANGELICA
BERGUA SALAS LORENZO
ZABAU FERMOSELLE JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Diseño de hoja en papel para registro de casos de punción dural, de datos de interés acerca de la técnica y de sintomatología acompañante.
-Archivo de dichas hojas en fichero del número de punciones dural, que se han producido durante realización de técnica epidural para trabajo de parto, desde junio de 2018.
-Control diario de sintomatología de las mismas, así como analgesia en planta, hasta el alta. Registro de otras complicaciones en caso de producirse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han registrado un total de 4 punciones dural durante la realización de la técnica epidural en pacientes para analgesia de trabajo de parto, desde junio de 2018.
Todas ellas han recibido seguimiento, control diario de la sintomatología por parte del servicio de Anestesia durante su ingreso en planta hasta el alta.
Para ello, se ha utilizado un formulario diseñado para el proyecto en el que se han recogido los siguientes datos:

-Datos del paciente (etiqueta)
-Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
-Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
-Náuseas y/o vómitos.
-Fotofobia.
-Focalidad neurológica.
-Necesidad de reposo absoluto.
-Inicio de deambulacion.
-Duración en días de la sintomatología.
-Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
-Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha cumplido el objetivo de dejar registrado este tipo de complicación que se produce con cierta frecuencia durante la realización de la técnica epidural para trabajo de parto, y que aunque no suele tener consecuencias graves en la mayoría de las ocasiones, suele ir acompañada de un cortejo de síntomas que pueden resultar invalidantes para la paciente los días posteriores.
Pensamos que es interesante el registro y seguimiento de las punciones dural que se realizan para ser conscientes de la frecuencia con la que se producen, así como para poder realizar un seguimiento y control óptimo de las mismas por parte de nuestro servicio, y así poder mejorar y protocolar el tratamiento analgésico de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/588 ===== ***

Nº de registro: 0588

Título
REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

Autores:
OLIVAN LAFUENTE BLANCA, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE, GALLEGU ESTRADA FERNANDO, GOMEZ GIMENO ANGELICA, BERGUA SALAS LORENZO, ZABAU FERMOSELLE JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La CPPD es la complicación mayor más habitual tras anestesia neuroaxial, y es especialmente frecuente en obstetricia. Suele ser una complicación benigna y autolimitada, pero sin vigilancia y sin tratamiento puede conducir a otras complicaciones más graves.

Actualmente, en el servicio de Anestesia, se realiza un seguimiento de los casos de CPPD y se lleva a cabo un tratamiento individualizado, pero no existe un registro real del número de casos que se producen, y por ello, cabe la posibilidad de que se produzca un inadecuado control de los mismos.

Este proyecto surge de la necesidad de conocer la situación real de esta complicación en nuestro servicio, así como la frecuencia con la que se produce y sus efectos secundarios, para lograr un adecuado manejo y tratamiento de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar y registrar el número de casos de CPPD por año que se producen.
- Mejorar el control, seguimiento y tratamiento de CPPD.
- Estandarizar el tratamiento de CPPD para manejo de este tipo de complicación de manera protocolizada.
- Proporcionar a la paciente la información necesaria acerca de la CPPD.

MÉTODO

Acciones previstas:

- Diseño de hoja tipo para registro de casos, de datos de interés acerca de la técnica y de sintomatología acompañante.
- Archivo en fichero de todos los casos que se produzcan durante el año, con su hoja adjunta con la información necesaria de cada caso.
- Control diario de sintomatología y analgesia en planta, hasta el alta.
- Registro de complicaciones añadidas a la cefalea.
- Valoración por parte de la paciente de la atención recibida.
- Estudio de resultados un año vista.

INDICADORES

Datos a recoger en hoja de control diseñada para el proyecto:

- Datos del paciente (etiqueta)
- Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
- Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
- Náuseas y/o vómitos.
- Fotofobia.
- Focalidad neurológica.
- Necesidad de reposo absoluto.
- Inicio de deambulación.
- Duración en días de la sintomatología.
- Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
- Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: junio 2018

Recogida de datos durante el periodo de un año y análisis de los resultados descritos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA NAJAR SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA BELLA JORGE
MOLINA TRESACO PAOLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de sesión clínica informativa para los profesionales que participan en el circuito de asistencia del programa: admisión, enfermería de consulta de anestesia, enfermería de acogida quirúrgica, anestesistas del servicio. A todos se les explicó el proyecto (a los que no acudieron a la sesión se les explicó de forma individual) los criterios de inclusión y se envió un pdf resumen para los anestesistas y la consulta de enfermería durante el mes de enero de 2019 antes de la implantación del circuito el 6 de febrero de 2019 tanto en el Hospital San Jorge como en el Hospital de Jaca.
- Se estableció el documento de inclusión en lista de espera quirúrgica como medio de comunicación del tipo de catarata y si cumplía criterios de la nueva valoración preoperatoria. El servicio de oftalmología es el encargado de cumplimentar dicho impreso.
- Una vez iniciado el programa, se han realizado las actividades acordadas (citación únicamente con ECG en la consulta de preanestesia, manejo acordado de anticoagulantes y medicación crónica...) en cada eslabón del mismo en ambos hospitales: San Jorge y Jaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los datos necesarios para el cálculo de los indicadores han sido aportados por el servicio de control de gestión del hospital San Jorge y obtenidos desde el 06/02/2019, día en que se puso en marcha el programa

- Indicador para el objetivo nº 2: Numerador: nº de pacientes identificados en LEQ como no complicados.
Denominador: nº total de pacientes intervenidos de cataratas.

Numerador: Pacientes no complicados: 715
Denominador: Total de IQ de cataratas 761
Resultado del indicador: 93,9%

- Indicadores para el objetivo nº 4:

a) % suspendidos por inadecuada preparación para anestesia tópica
= 6%

Numerador: nº de IQ suspendidas por no estar en condiciones de realizar anestesia tópica.
Denominador: nº total de IQ suspendidas

Numerador: Suspendidos por inadecuada preparación: 0

Denominador: Total de IQ suspendidas: 19
Resultado del indicador: 0%

b) % cataratas con anestesia tópica/Total de cataratas =60%

Numerador: nº cataratas intervenidas con A. tópica
Denominador: nº total de cataratas intervenidas
Numerador: cataratas con tópica y nuevo preop 715
Denominador: total de IQ: 761
Resultado del indicador: 93,95%

Hasta la puesta en marcha el 6-2-19 se intervinieron con preop completo antiguo 314 de las que se suspendieron 8

- Aunque no se ha podido evaluar desde un punto de vista económico, la implantación del programa ha mejorado la eficiencia del manejo preoperatorio del paciente y su preparación ya que, si valoramos el tiempo como un factor económico, ha disminuido el dedicado a cada paciente aumentando el número de pacientes que pueden visitarse por este problema de salud en la consulta de preanestesia. También han disminuido las pruebas complementarias solicitadas a cada paciente suprimiendo analíticas y radiografías. Estos cambios no han supuesto un empeoramiento de la preparación del paciente a su llegada a quirófano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Una vez organizado el equipo y teniendo claras las modificaciones a realizar en el antiguo circuito que seguían los pacientes, ha sido fácil poner en marcha el programa. No ha quedado ninguna actividad pendiente de realizar.
- De todas las actividades que planteamos en el equipo, lo más complicado ha sido ajustarlas administrativamente. Modificación del registro del tipo de cataratas en el impreso de derivación a lista de espera quirúrgica y su manejo administrativo
- En cuanto a la continuidad del mismo, una vez está organizado el circuito, la forma de citación y de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

tipificación de la intervención solamente queda continuar aplicándolo de forma indefinida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/10 ===== ***

Nº de registro: 0010

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Autores:
NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La valoración del paciente con cataratas para cirugía se lleva a cabo con: visita preoperatoria y pruebas complementarias(Rx.Torax, ECG, analítica general y estudio de coagulación) igual que para otro tipo de cirugía más grave y compleja.

Vamos a definir, de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, cuales son susceptibles de evitarnos una parte importante del preoperatorio sin incrementar riesgos para paciente ni facultativos.

Los pacientes se van a dividir en dos grupos, según decisión de oftalmología, en aquellos que según las características de la catarata sean susceptibles de realizarse con anestesia tópica o locorregional.

En caso de tópica se realizará: ECG y visita preanestésica; no suspensión del tratamiento anticoagulante/antiagregante

En caso de locorregional: ECG, Rx. Torax, analítica completa y visita preanestésica.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos reducir el gasto (menos radiografías, analítica general, estudio de coagulación) y el tiempo de consulta preanestésica

La población diana son todos aquellos pacientes que deben de ser intervenidos de cataratas; una vez detectados los pacientes susceptibles de la anestesia tópica incluirlos en un circuito específico, y a los de anestesia locorregional seguir con el circuito habitual.

En el proyecto estarán involucrados: oftalmología, anestesia y reanimación, enfermería de consultas y quirófano, admisión-LEQ

MÉTODO

Información a todos los miembros de los servicios de Oftalmología, Anestesia y Reanimación, Enfermería de consulta y enfermería de quirofanos, y admisión-LEQ.

Oftalmología una vez indicada la intervención quirúrgica y la posible técnica anestésica, comunicará a admisión-LEQ para que lo registren con la modalidad anestésica elegida y se cite para la visita preanestésica; anestesia hará su valoración y dará el visto bueno para que se cite para la intervención quirúrgica

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que van a ser intervenidos de cirugía de cataratas con anestesia tópica y con la nueva valoración preoperatoria contra el total de pacientes que precisan cirugía de cataratas.

% cataratas con anestesia tópica/Total de cataratas = o > 60%

Porcentaje de suspensión de pacientes con preoperatorio correcto y que se suspenden por causas ajenas a anestesia (situaciones no previsibles)

% pacientes suspendidos/total de pacientes = o < 6%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Final de Enero reunión de los implicados en la puesta en marcha del proyecto: oftalmología, anestesia-reanimación, enfermería y admisión-LEQ. Llegar al acuerdo de: modo de realizar el circuito, información a admisión-LEQ y llegada a preanestesia.

Primera quincena de febrero puesta en marcha del proyecto, a nivel práctico, entre consulta de oftamología y consulta de preanestesia.

Segunda quincena de marzo, nueva reunión de los servicios implicados y reevaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

1. TÍTULO

PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS CARRION PAREJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PELIGERO DEZA JAVIER
TRULLENQUE RUIZ MARIAN
LABENA BERNAL ROSA
GRACIA CORTES LAURA
LACASTA FUMANAL BELEN
PEREZ FAU ALMUDENA
RAMIREZ GABAS ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Detección de los aspectos asistenciales que merecen ser reforzados mediante acciones formativas en la actividad quirúrgico - anestésica de enfermería en le Hospital de Jaca.
Elaboración de las áreas temáticas.
Elaboración de los contenidos prácticos.
Selección de los materiales formativos.
Elección de la modalidad de trabajo personal del alumnado y su evaluación.
Solicitud de acreditación de formación continuada para las profesiones sanitarias.
Cronograma docente e inicio del curso.
Inicio del curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aspectos asistenciales: asistencia a la anestesia por la enfermera circulante en las etapas críticas. Homologación con el Hospital General San Jorge de Huesca.
Elaboración de las áreas temáticas.
1- Introducción al programa formativo.
Contenido:
Conceptos básicos.
El trabajo multidisciplinar en equipo.
Análisis básico de la estructura y proceso en el paciente quirúrgico (o con indicación de procedimiento inva-sivo*) Los periodos del proceso.
Tipología de los procedimientos y de los pacientes.
2- Periodo preanestésico y preoperatorio.
Estudio preoperatorio, evaluación preanestésica: criterios y trabajo de enfermería. Clasificación del estado físico y el riesgo anestésico - quirúrgico.
Información y preparación para la anestesia.
El consentimiento informado.
La anestesia y la planificación de la prehabilitación.
3- Recepción / acogida en el bloque quirúrgico y aspectos relacionados con la anestesia.
Tipos de paciente. Régimen de ingreso.
Prevención del riesgo y los estándares de seguridad.
Verificación de las condiciones preanestésicas.
La lista de verificación en bloque quirúrgico.
Preinducción.
Monitorización, niveles y registros.
4- Riesgos y complicaciones durante la anestesia y cirugía.
Los periodos críticos durante la anestesia.
Las crisis durante la cirugía y la anestesia.
Aspectos preventivos.
5- Posoperatorio inmediato.
Recuperación posanestésica. Estructura y equipamiento. Criterios de admisión y alta.
UCMA y readaptación al medio. Criterios de alta.
Reanimación cardiopulmonar y reanimación postquirúrgica.
6- El periodo postoperatorio mediano y aspectos anestésicos.
El paciente ingresado: sala quirúrgica.
El paciente ambulatorio: el domicilio.
Analgesia postoperatoria desde el enfoque multimodal. Trabajo de enfermería.
7- Jornada Teórico - Práctica intensiva.
Fase teórica inicial de 1,5 horas de duración. Contenido: Descripción y justificación de los procedimientos de enfermería en anestesia destacando las implicaciones en la seguridad preventiva. Procedimientos en las crisis.
Fase práctica de 5 horas de duración. Contenido: Visita a las diferentes estancias e instalaciones que se utilizan en el proceso quirúrgico/procedimental, en relación con el tratamiento anestésico, mostrar el equipamiento y material, asistir a los procedimientos en las diferentes fases.
Elaboración de la estructura de las prácticas, adecuando el calendario a la actividad laboral del hospital de Jaca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

1. TÍTULO

PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.

Metodología docente.

Sesiones teóricas. Distribuidas en 6 áreas temáticas. Cada sesión comprende dos partes. Un inicio expositivo de 1 hora de duración en la que se transmitirá la información relevante del área temática, seguido por una parte de interacción alumno / formador, o de debate, donde se tratarán como mínimo las cuestiones que se deban tener en cuenta en el desarrollo de la carpeta de aprendizaje.

Sesiones teórico - prácticas, en número de 1, con dos reediciones para acoger a todo el alumnado. Con una parte inicial expositiva de 1,5 horas, con 30 minutos de interacción y aclaraciones, seguida de una estancia explicativa y demostrativa por las diferentes estancias del bloque quirúrgico.

Desarrollo por parte de los alumnos/as de una carpeta de aprendizaje (portafolio), que se estructura en las siguientes fases de trabajo:

- 1- Premisas.
- 2- Datos y evidencias.
- 3- Opiniones / crítica.
- 4- Proyección del conocimiento.

Evaluación del alumnado.

Asistencia y evaluación de la carpeta.

Acreditación del programa.

Solicitada.

Establecimiento del calendario docente definitivo.

Área temática 1 18 de noviembre de 2019.

Área temática 2 25 de noviembre de 2019.

Área temática 3 16 de diciembre de 2019.

Sesión teórico - práctica, edición 1. 20 de enero de 2020.

Área temática 4 27 de enero de 2020.

Área temática 5 03 de febrero de 2020.

Área temática 6 10 de febrero de 2020.

En resumen, se han conseguido los objetivos relativos al diseño y desarrollo del programa formativo, la solicitud de la acreditación, el establecimiento del calendario y se han impartido las tres primeras áreas temáticas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta la fecha no se han encontrado grandes dificultades, las reuniones y la búsqueda de los días para la realización de las sesiones expositivas, así como la organización y coordinación de las sesiones prácticas, requieren mucho tiempo e insistencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/537 ===== ***

Nº de registro: 0537

Título

PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERIA

Autores:

CARRION PAREJA JUAN CARLOS, PELIGERO DEZA JAVIER, LABENA BERNAL ROSA MARIA, LACASTA PASCUAL BELEN, GRACIA CORTES LAURA, PEREZ FAU ALMUDENA, RAMIREZ GABAS ROCIO, TRULLENQUE RUIZ MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías Quirúrgicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente no existe la especialidad de Enfermería de Anestesia, aunque algunos aspectos están recogidos dentro de la especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica, sin embargo las funciones y cuidados que una Enfermera de Anestesia debe realizar requieren una cualificación muy específica.

Con este programa pretendemos dar a conocer los aspectos más relevantes del trabajo diario de Enfermería de Anestesia en quirófano, URPA, o en cualquier otro área fuera del quirófano donde se requiera nuestra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

1. TÍTULO

PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.

actuación, todo ello, con un enfoque eminentemente práctico.

Debido además a las características laborales de este sector donde hay más eventualidad, o es habitual su desarrollo asistencial en áreas diferentes al quirófano, es más necesario si cabe, la actualización de los principales conceptos, para homogeneizar criterios de actuación y formación.

El poder realizar una actualización sobre los temas más relevantes de la Anestesia, creemos que repercute directamente en la seguridad y confort del paciente, aumentando así de forma directa la calidad asistencial

RESULTADOS ESPERADOS

Servicio al que va dirigido: Enfermería de Anestesia

Resultados que se esperan conseguir:

Realizar una actualización de los conceptos teóricos de las áreas de la Anestesia y Reanimación y del Tratamiento del dolor.

Repasar conocimientos y habilidades prácticas en los siguientes ámbitos:

- La organización del quirófano
- Fundamentos y técnicas de monitorización en los procedimientos anestésicos
- Fármacos más empleados en Anestesia y el material de Vía Aérea
- Actuación en situaciones críticas
- Monitorización y cuidados del paciente en la URPA, y complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato.

MÉTODO

Con el fin de lograr los objetivos propuestos, se oferta un curso de actualización formativa para los profesionales sanitarios de enfermería. El curso estará basado en unas jornadas de formación teórica asociadas a unas sesiones de actividades prácticas en los quirófanos del Hospital San Jorge de Huesca. Para su impartición se dispondrá del personal docente y del material informático necesarios.

INDICADORES

INDICADORES DE RESULTADOS: Se cuantificará el grado de éxito y seguimiento de la actividad una vez concluida.

- Número de profesionales inscritos.
- Porcentaje de alumnos que han superado el curso.
- Satisfacción con el curso/profesorado

INDICADORES DE IMPACTO: Se evaluará como la formación influye en la mejora del desempeño profesional de los participantes.

-Indicador de Seguridad: Evaluar el conocimiento del material anestésico y la así como la verificación de su funcionamiento (laringoscopia, aspirador, respirador anestésico). Evaluar si se conocen los diferentes fármacos intravenosos más utilizados así como los sistemas de etiquetado de jeringas. Evaluar si el etiquetado se realiza de forma sistemática.

- Indicador de Organización/Secuencia: Evaluar si se conoce la secuencia de las diferentes fases perioperatorias y anestésicas que sigue un paciente quirúrgico, así como la diferentes actuaciones de los profesionales en cada una de estas fases.

-Indicador de Efectividad/Optimización del trabajo: Se conoce el material a preparar en función del planteamiento anestésico para cada paciente (Anestesia raquídea, anestesia general, analgesia locorreional) así como en cada fase anestésica (inducción, mantenimiento, educación). Se conoce el plan a seguir en situaciones críticas (conseguir la disponibilidad de un desfibrilador, llevar a cabo las órdenes de un líder, mantener la calma...)

-Indicador de Incidentes: Contabilizar los incidentes críticos que pudieran suceder (error en la carga de medicación, en la comunicación entre profesionales...)

- Indicador de Satisfacción: Evaluar si el profesional sanitario siente trabajar con mayor seguridad y confianza.

DURACIÓN

La duración estimada de la actividad es de 10 jornadas laborables, del 6 al 17 de Mayo 2019

Jornada 1: Formación teórica (cuatro horas lectivas): en ellas se expondrán los conceptos teóricos necesarios para aplicar a la práctica en quirófano, repartidos en 4-5 sesiones/ bloques, cada uno de ellos impartidos por uno de los FEA de Anestesiología adscritos a este programa de formación y una representante de Enfermería.

Jornadas 2 a 10: Formación práctica: cada alumno acudirá durante dos días al Hospital San Jorge de Huesca en horario de mañana y permanecerá en quirófano con uno de los FEA de Anestesiología y/o enfermería adscritos al programa para ver el funcionamiento del mismo y las diferentes fases de la labor anestésica/técnicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

1. TÍTULO

PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.

anestésicas y adquirir habilidades prácticas de enfermería asociadas a ellas.

Jornada 10. Evaluación del programa: el alumno deberá realizar el último día del programa el cuestionario de Autoevaluación del mismo, que será recogido por los organizadores y formará parte de la evaluación de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1412

1. TÍTULO

ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA FERNANDEZ GIL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRION PAREJA JUAN CARLOS
NAJAR SUBIAS MONICA
GRACIA CORTES LAURA
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
CAJA BUETAS ROSA
PALACIN CEBRIAN MARIA VICTORIA
SALCEDO LAGLERA ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Sesión clínica en el Servicio de Anestesiología para la presentación de la fase piloto (24 enero 2019). Dra. Fernández
- Puesta en marcha de la fase piloto del programa (febrero-junio 2019): inicio de la prescripción electrónica, por parte de los anestesiólogos, de las pautas analgésicas incorporadas al sistema de Farmatools.
- Recogida continua de datos, durante todo el año 2019, e incorporación en la base de datos de la Unidad de Dolor Agudo (UDA) por parte del equipo de enfermería de UDA (Rosa Caja, María Victoria Paladín, Araceli Salcedo)
- Análisis de problemas más frecuentes en la prescripción (Septiembre 2019). Dr. Carrión
- Elaboración de nuevas pautas analgésicas intravenosas con un sistema diferente de introducción de los fármacos en el sistema Farmatools. Octubre 2019(Dra. Fernández)
- Elaboración de pautas analgésicas para las vías epidural y de plexo nervioso, no contempladas en la fase piloto, y su incorporación en el sistema de Farmatools. Octubre 2019. Dra. Fernández
- Redacción de las funciones del anestesiólogo dedicado a la Unidad de Dolor Agudo (UDA). Dra. Fernández. Octubre 2019
- Sesión clínica destinada al servicio de Anestesiología, por parte del servicio de Farmacología, para la presentación de las nuevas pautas analgésicas en Farmatools así como resolución de problemas en el uso del sistema de prescripción electrónica. 28 de noviembre de 2019. (Dra. Viñuales y Dra. Fernández)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El porcentaje de prescripciones electrónicas (nº de prescripciones electrónicas / total de prescripciones x 100) realizadas durante la fase piloto fue del 1,45 % (46 prescripciones electrónicas de un total de 3153).
Este bajo porcentaje ha podido ser debido a varios factores:
 - 1- Las prescripciones incorporadas en Farmatools, correspondientes a la fase piloto, sólo estaban destinadas al paciente que presentaba dolor agudo postoperatorio de intensidad moderada-severa, dejando sin opción analgésicas a los pacientes que presentaban dolor postoperatorio leve o moderado.
 - 2- Las pautas analgésicas de la fase piloto eran "fijas", es decir, no daban opción de modificar la dosis de analgésico a administrar en función de las necesidades o comorbilidades del paciente
 - 3- Resistencia inicial, por parte de los facultativos, al empleo del programa Farmatools.
- Tras buscar soluciones a los problemas hallados (ver apartado siguiente), y ponerlas en práctica a partir del 28 de noviembre de 2019, observamos un destacable aumento en el número de prescripciones electrónicas, llegando al 71,85% (368 prescripciones electrónicas de un total de 512 prescripciones) sólo durante el mes de diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las soluciones, que creemos que han sido apropiadas, que nos han llevado a elevar el porcentaje de prescripciones electrónicas de la fase piloto han sido las siguientes:

- Elaboración de nuevas pautas analgésicas intravenosas, que abarcan a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente, desde pacientes que precisen pautas para dolor postoperatorio leve, hasta pacientes que precisen pautas de dolor moderado-severo.
 - Nuevo sistema de introducción de las pautas analgésicas en el sistema electrónico, más práctico y más parecido al que se usaba con anterioridad en papel. Se trata de un protocolo inicial de Farmatools donde aparecen todos los analgésicos posibles y hay que seleccionar los elegidos para ese paciente. Después de dicha selección, se añade la dosis correspondiente, dependiendo de la severidad del dolor y de las comorbilidades del paciente.
 - Sesión clínica destinada al servicio de Anestesiología, por parte del servicio de Farmacología, para la presentación de las nuevas pautas analgésicas en Farmatools así como resolución de problemas en el uso del sistema de prescripción electrónica. 28 de noviembre de 2019.
- FASES DEL PROYECTO PENDIENTES A DESARROLLAR EN EL AÑO 2020:
- Seguimiento del uso de prescripción electrónica en el Servicio de Anestesiología
 - Identificación de problemas
 - Conseguir el aumento progresivo del porcentaje de prescripciones electrónicas, llegando a desaparecer la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1412

1. TÍTULO

ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS

prescripción en formato papel

- Actualización del programa informático de recogida de datos de la UDA, con inclusión de nuevos ítems de valoración del sistema electrónico.
- Elaboración de un protocolo que incluya la descripción del funcionamiento de la UDA así como el conjunto de pautas analgésicas utilizadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1412 ===== ***

Nº de registro: 1412

Título
ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS

Autores:
FERNANDEZ GIL MARTA, CARRION PAREJA JUAN CARLOS, NAJAR SUBIAS MONICA, GRACIA CORTES LAURA, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, CAJA BUETAS ROSA, PALACIN CEBRIAN MARIA VICTORIA, SALCEDO LAGLERAR ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente postoperado
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, la prescripción de analgésicos en el postoperatorio por parte del anestesiólogo se realizado en formato de papel. Existe la necesidad de prescribir todos los fármacos que precisa el paciente vía electrónica a través del programa Farmatools del Hospital San Jorge. De esta manera se minimizan los errores de transcripción, se evita duplicar fármacos (que un fármaco está a la vez en formato electrónico y en papel), se visualiza más claramente las alertas de alergias (impidiendo prescribir electrónicamente fármacos que hay que evitar en el paciente), y se facilita la reposición de fármacos desde el servicio de Farmacología del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir que las prescripciones analgésicas del periodo postoperatorio inmediato, por parte de los anestesiólogos, cambien del formato papel al formato electrónico.
La población diana englobaría a todo paciente postoperado
El proyecto va dirigido al servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital San Jorge

MÉTODO

- Se realizará una recogida de datos de las prescripciones analgésicas postoperatorias que se utilizan en el Hospital San Jorge, utilizando la base de datos de la Unidad de Dolor Agudo (UDA)
- Se identificarán las pautas analgésicas más frecuentes
- Reunión con los facultativos de Farmacología para elaboración de las pautas analgésicas adecuadas al formato de Farmatools
- Elaboración de las pautas analgésicas que inicialmente se van a emplear para la prescripción analgésica
- Simultáneamente, elaboración de pautas analgésicas de rescate de dolor y de rescate de emesis, que irán asociadas a las pautas analgésicas
- Sesión clínica en el servicio de Anestesiología junto al de Farmacología para informar de la incorporación de pautas en Farmatools y recordar el acceso y modo de empleo de la aplicación Farmatools
- Se añadirá a la base de datos de la Unidad del Dolor, el ítem de "prescripción electrónica SI o NO"

INDICADORES

Indicadores: Porcentaje de prescripciones electrónicas= nº de prescripciones electrónicas / total de prescripciones x 100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1412

1. TÍTULO

ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS

Evaluación: al final del primer año se espera alcanzar un mínimo de 20% de prescripciones electrónicas

DURACIÓN

Durante los primeros tres meses (mayo- julio 2019):

- recogida de datos e identificación de las pautas analgésicas más frecuentes, por parte de la Dra. Nájar
- Elaboración de las pautas analgésicas que inicialmente se van a emplear (Dra. Fernández,)
- Incorporación de las pautas analgésicas en Farmatools (Dra.Viñuales)
- Incorporación de nuevo ítem de prescripción electrónica en la base de datos de UDA (Dr. Carrión)

-Sesión clínica en el servicio de Anestesiología para formación en el uso de Farmatools (Dra. Viñuales)

Fecha prevista de inicio de la prescripción electrónica por parte de los anestesiólogos: septiembre 2019

Recogida de datos, de septiembre 2019 a septiembre de 2020, en relación al número de prescripciones electrónicas realizadas: equipo de enfermería de la UDA (MV. Palacín, R. Caja, A. Salcedo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1741

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERMOSO CUENCA VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción de consentimientos informados de intervenciones más frecuentes en Cirugía Vascular

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de maquetación para subir a Intranet hospitalaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesaria la valoración del Comité de Ética del Hospital previa a la subida de los archivos a ntranet

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1741 ===== ***

Nº de registro: 1741

Título
ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, HERMOSO CUENCA VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, excepto para la intervención quirúrgica de varices mediante safenectomía, no se disponen de Consentimientos Informados que detallen los efectos secundarios de una cirugía, por lo que se usan consentimientos genéricos anotando manualmente las potenciales complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Dar una información precisa, clara y fácilmente entendible por el paciente que se somete a un acto quirúrgico dentro de la esfera de la cirugía vascular. Así mismo, agiliza el trabajo de los facultativos al poder descargar los Consentimientos Informados desde cualquier ordenador conectado a la intranet hospitalaria, sin tener que añadir complicaciones de manera manuscrita.

MÉTODO
Para cumplir los objetivos se tiene prevista una reunión con el Comité de Historias Clínicas con el fin de valorar, maquetar y codificar los Consentimientos Informados de tratamientos quirúrgicos.

INDICADORES
Se incluirán los Consentimientos Informados en la intranet del Hospital progresivamente por procedimientos de más habitual a menos habitual. Actualmente no hay ninguno descargable a través de internet.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1741

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Implantación durante último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0913

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión con delegados de casas comerciales, redacción de múltiples informes técnicos y económicos con el fin de poder disfrutar del material necesario para la realización una técnica quirúrgica que ya se realiza cotidianamente en el Hospital Universitario Miguel Servet, en el HCU Lozano Blesa y en el Hospital Provincial de Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aceptación por la Comisión de Adquisiciones del Área de Huesca en la sesión celebrada el día 24 de enero de 2019 la compra de la tecnología necesaria para poder operar varices mediante termoablación con láser

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión es que existen demasiadas trabas para adquirir una tecnología ya incluida en el Servicio Aragonés de Salud y con lo que se tiene una amplia experiencia en su utilización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/913 ===== ***

Nº de registro: 0913

Título
TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia venosa crónica es una patología con una elevada prevalencia en la población. El tratamiento clásico mediante safenectomía tiene una considerable morbilidad y conlleva una baja laboral de unos 30-45 días. Desde aproximadamente 15 años existen nuevas técnicas menos invasivas mediante procedimientos endovenosos más rápidos, menos agresivos y con mejor postoperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población diana: Pacientes con insuficiencia venosa crónica menores de 75 años.
- Disminuir la estancia media
- Disminuir número de pacientes en lista de espera al realizar más intervenciones en la jornada quirúrgica
- Disminuir el tiempo de baja médica
- Aumentar la calidad de vida

MÉTODO

- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.
- Adquisición de generador y fibras para EVLA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0913

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

- Recursos materiales: ecógrafo, funda de ecógrafo, indroductores 6F, aparato para anestesia tumescente, generador de potencia, fibras láser y calzador de media.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

INDICADORES

Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses (90-95%).

DURACIÓN

Inicio proyecto Julio 2018
Finalización Julio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0914

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES SANZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha evaluado a todo pacientes en hemodiálisis o pre-diálisis de los sectores de Huesca y Barbastro a petición de los servicios de nefrología correspondientes. En dicha valoración se ha realizado una anamnesis, una exploración física y una valoración mediante ecodoppler de ambos miembros superiores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado en 2018 en total 47 fístulas arteriovenosas (FAV) de 52 pacientes evaluados. Los 5 pacientes que se descartó la realización de FAV, las causas fueron en todos ellos la ausencia de venas para la realización de una FAV autóloga y el alto riesgo quirúrgico para la realización de una FAV protésica. Todas han sido intervenidas en menos de 60 días desde el momento de la evaluación por cirugía vascular del paciente excepto en 2 casos en los que los pacientes rechazaron en un primer momento la realización de la FAV. De las 47 FAV realizadas: 3 fueron con prótesis de PTFE, 6 humerobasílicas complejas con superficialización y las 38 restantes humerocefálicas radiocefálicas. Las 38 FAV del último apartado se realizaron en todos los casos sin ingreso y con anestesia local y las 9 restantes con anestesia general y con un ingreso media de 1,2 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es imprescindible la valoración ecográfica previa a la realización de una FAV para hemodiálisis con el fin de cartografiar la anatomía venosa y arterial del paciente y así optimizar la estrategia quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/914 ===== ***

Nº de registro: 0914

Título
ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Autores:
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, INGLES SANZ CRISTIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo del proyecto es optimizar la fístula arterio-venosa, para lograr un acceso vascular nativo y disminuir la necesidad de colocación de catéter para hemodiálisis.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes con insuficiencia renal crónica en los que se prevea un inicio próximo de hemodiálisis o que ya hayan iniciado tratamiento.
Agilizar la valoración de los pacientes con necesidad de FAV.
Aumentar el número de pacientes con acceso vascular apto para hemodiálisis.
Disminuir el número de pacientes con catéter vascular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0914

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

MÉTODO

Realizar valoración de todos los pacientes mediante exploración física y ecodoppler.

INDICADORES

Nº pacientes evaluados/mes

% pacientes intervenidos en <60 días

DURACIÓN

Inicio de actividad: Julio 2018

Fin de actividad: Julio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1328

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA JIMENA SANCHEZ PRIETO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE
ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU
RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA
SANTANDER LABAZUY LAURA
GIMENEZ RIVARES PATRICIA
BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD
LOPEZ BESCOS SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPIAR INFORMACIÓN SOBRE LA SAFENECTOMÍA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-
SE HA FORMADO EL TRÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN Y FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL TRÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.
? TODOS LOS PACIENTES INTERVENIDO DE VARICES SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1328 ===== ***

Nº de registro: 1328

Título
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Autores:
SANCHEZ PRIETO PATRICIA, BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE, ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU, RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA, SANTANDER LABAZUY LAURA, GIMENEZ RIVARES PATRICIA, BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD, LOPEZ BESCOS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN SANITARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24H TRAS LA INTERVENCION, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCION, DE LAS ACTIVIDADES QUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1328

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGIA, FACILITANDO AL PACIENTE TRIPTICO INFORMATIVO DE CUIDADOS POSTERIORES A LLEVAR A CABO EN EL DOMICILIO.

RESULTADOS ESPERADOS

- QUE EL PACIENTE INTERVENIDO MANIFIESTE ENTENDER LA INFORMACIÓN DADA AL ALTA HOSPITALARIA
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24 HORAS
- FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FAVORECIENDO SU AUTONOMÍA, HACIENDO HINCAPIÉ EN LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS EN EL DOMICILIO.
- TODO PACIENTE INTERVENIDO DE VARICES SE IRÁ A CASA CON EL TRÍPTICO.

MÉTODO

- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO
- REALIZACION DE REUNION CON EL EQUIPO DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR, PARA INICIO DEL PROYECTO.

INDICADORES

- EL 100% DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ LA COMPRESIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

DURACIÓN

DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS AL ATA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.
DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018 : REUNIONES PARA REALIZAR EL TRIPTICO INFORMATIVO
DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFIA EL TRITICO Y DARLO A CONOCER A TODO EL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0243

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA
SANCHO GRACIA NOEMI IVANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Control ecográfico y sintomático de los pacientes intervenidos de varices de miembros inferiores mediante termoablación endovenosa (EVLA) de safena interna y/o externa con láser en consultas externas. Se ha realizado control en 10 días, 3 meses y 6 meses mediante ecodoppler para confirmar oclusión de safena y encuesta de calidad de vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se intervinieron 63 piernas (55 pacientes) en 2019 con la pérdida en el seguimiento de 2 de ellos. Se consiguió la oclusión de la vena safena a tratar en el 100% de los casos en la tercera revisión en consultas.
Las varices intervenidas en horario matinal se realizaron totalmente sin ingreso. Los pacientes intervenidos en jornada de tarde precisaron un ingreso de 1 noche por la logística del centro hospitalario.
El tiempo de baja laboral fue de media 8,3 días (intervalo de 2 a 35 días)
En la encuesta sobre la calidad de vida, los pacientes responden estar contentos o muy contentos con la cirugía en el 92% de los casos y refieren mejoría clínica de sus síntomas en un 84% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La termoablación con láser (EVLA) de los ejes safenos como tratamiento de la insuficiencia venosa es una técnica segura y fiable.
Los datos del Hospital San Jorge, a pesar de ser una muestra muy reducida, están en consonancia con las grandes series mundiales de tratamiento con láser o radiofrecuencia de varices.
A pesar de un mayor gasto económico inicial respecto a la técnica clásica de stripping de safena, el gasto final es menor si sumamos el periodo de incapacidad temporal laboral respecto a la safenectomía (30-40 días) y a que se puede realizar sin ingreso.

Consideramos que la termoablación mediante láser (EVLA) debe ser el Gold-Standard en el tratamiento de varices con insuficiencia de un eje safeno, reservando la safenectomía mediante stripping solo para casos seleccionados con trayectos cortos de safena que dificultan la punción de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/243 ===== ***

Nº de registro: 0243

Título
TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA.
IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA, SANCHO GRACIA NOEMI IVANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0243

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO

PROBLEMA

Tras realizar la redacción de múltiples informes técnicos y económicos con el fin de poder disfrutar del material necesario para la realización de una técnica quirúrgica que ya se realiza cotidianamente en el Hospital Universitario Miguel Servet, en el HCU Lozano Blesa y en el Hospital Provincial de Zaragoza, la Comisión de Adquisiciones del Área de Huesca en la sesión celebrada el día 24 de enero de 2019 acepta la compra de la tecnología necesaria para poder operar varices mediante termoblación con láser (EVLA)

Una vez se puede iniciar la terapéutica endovenosa de la insuficiencia venosa de miembros inferiores, es pertinente realizar un estudio de la efectividad de la misma a pesar de que lleva implantada en el arsenal de los cirujanos vasculares desde hace casi 2 décadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Según el I.N.E. la provincia de Huesca tiene 221.079 habitantes, por lo que si su prevalencia es del 16,4%, el número de potenciales usuarios que se beneficiarían de esta técnica sería de 36.257. Se esperan obtener tasas de oclusión de los ejes safenos al año superiores al 95%

MÉTODO

- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

INDICADORES

Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses (superior al 95%).

DURACIÓN

Inicio de proyecto Marzo:2019. Fin de proyecto: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Este proyecto se inició el año pasado, pero debido a las múltiples trabas administrativas para la adquisición de la tecnología necesaria para tratar las varices mediante termoblación con láser (EVLA), los resultados clínicos se obtendrán este año.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0337

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE NOEMI IVANA SANCHO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA
INGLES SANZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Existen una serie de recomendaciones de carácter general que deben trasladarse a los pacientes que presentan insuficiencia venosa en mayor a menor grado y que observamos no son bien acogidas por los pacientes. Consideramos que entregando estas recomendaciones por escrito a los pacientes en la consulta, es más fácil que lo lean con tranquilidad, comprendan y tomen conciencia de la importancia de estas medidas y por lo tanto sean más efectivos los consejos.

Inicialmente se realizó e imprimió un pequeño folleto explicativo en el que, de forma breve y sencilla para el paciente, se abordan los temas que se explican a continuación: Introducción referente a la definición de la insuficiencia venosa crónica (IVC), clínica y estadísticas dada su alta prevalencia. Consejos prácticos para el tratamiento de la IVC haciendo hincapié en la pérdida de peso, realización de ejercicio físico habitualmente y el uso de terapia compresiva en las extremidades inferiores. Ejercicios específicos destinados a la mejora clínica de dicha enfermedad. Consejos referentes a la correcta colocación de la terapia de elastocompresión y cuidados de las mismas, así como una explicación respecto la demostrada eficacia de las medias de compresión, ya que hay un alto porcentaje de no adherencia a este tratamiento por parte de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dichos folletos han sido entregados durante este año a todos los pacientes valorados por IVC en nuestras consultas, acompañado de una explicación verbal por nuestra parte. De esta manera se ha conseguido enfatizar la importancia de las medidas higiénico dietéticas así como el estilo de vida saludable y la utilización de terapia elastocompresiva para la mejoría sintomática de la enfermedad. Observamos que los pacientes agradecen se aporte información complementaria por escrito, ya que de este modo podemos insistir en su importancia y conseguir la mejor adhesión al tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez constatada por nuestra parte la falta de adhesión habitual al tratamiento no farmacológico en esta patología, nos damos cuenta que es imprescindible sensibilizar a los pacientes de la importancia de estas medidas, que incluso son mucho más efectivas que los tratamientos farmacológicos con venotónicos. Sin la realización de estas medidas, no mejoraremos la clínica de esta enfermedad de alta prevalencia, ni podremos disminuir el número de complicaciones como trombosis venosas superficiales, profundas y úlceras venosas. En concreto lo más evidente que hemos detectado, es la falta de utilización de la terapia elastocompresiva. Hemos precisado dedicar tiempo al asesoramiento del tipo de media de compresión más adecuada para el paciente y a explicar la necesidad de su utilización de forma continuada.

7. OBSERVACIONES.

En el futuro es conveniente el convencimiento y entendimiento por parte del paciente de la efectividad de estas medidas. Precizando la estrecha colaboración con los médicos de atención primaria para prevenir así, las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/337 ===== ***

Nº de registro: 0337

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Autores:
SANCHO GRACIA NOEMI IVANA, INGLES SANZ CRISTIAN, MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0337

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La insuficiencia venosa es una enfermedad mas comunes en el mundo occidental con una prevalencia del 17-26% de la población acompañándose de una alta comorbilidad y con importante disminución de la calidad de vida de los pacientes. Suponen un 6% de las consultas de atención primaria y un 90% de ellas son por patología venosa. Esta situación supone un importante problema a nivel medico y económico. Ante esta perspectiva es nuestra obligación ofrecer las medidas terapéuticas más acertadas, menos costosas y más eficaces para resolver este problema de salud, con la intención de influir y recuperar de forma rápida y oportuna no sólo las condiciones clínicas sino también la calidad de vida de los afectados por esta patología. Es esencial el establecimiento de una red de colaboración entre atención primaria y especializada, para optimizar el manejo y prevención de las úlceras crónicas en nuestra área sanitaria. Es en este punto, donde también entra en juego el conocimiento del paciente sobre su propia enfermedad, que va a tener una repercusión directa en la adherencia que este tenga al tratamiento indicado y, por tanto, en el éxito del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es mejorar la información del paciente con patología venosa, tanto de las opciones a nivel quirúrgico como el no quirúrgico, el cual va a mejorar la calidad de vida de los pacientes y mejorar la adherencia al tratamiento indicado y favorecer así la prevención de las complicaciones propias de los estadios finales de la enfermedad. También en la misma línea queremos colaborar con atención primaria en el mejor manejo del paciente y poder disminuir la presión y demora en nuestras consultas.

MÉTODO

Se realizara un documento informativo para apoyar las recomendaciones dadas en consultas a nuestros pacientes, donde se explicaran las recomendaciones mas actualizadas y efectivas en el ámbito higiénico dietético, los tratamientos posibles y tablas de ejercicios para mejorar la calidad de vida y síntomas propios de la enfermedad, evitando las consecuencias nefastas de la insuficiencia venosas como úlceras en los estadios mas avanzados. Con ello se prevé mejorar la calidad e información del paciente, evitar complicaciones secundarias y conseguir un mejor cumplimiento del tratamiento. En la posterior revisión se realizara una encuesta mediante una escala de gravedad clínica de la EVC para valorar la mejoría clínica del paciente posteriormente. Así mismo se apoyara a los médicos de atención primaria a través de la interconsulta virtual.

INDICADORES

Se valorara la correcta adhesión al tratamiento en las consultas realizadas como revisión, evaluando la mejora de calidad de vida mediante la valoración de varios ítems antes y después al inicio de tratamiento pautado apoyado con el documento informativo: edema, pigmentación, dolor y lesiones en piel así como comprobar el uso de la terapia compresiva.

DURACIÓN

La duración prevista será de una año. Los responsables de su implantación será los facultativos del servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel Hospital San Jorge de Huesca. Fecha prevista de inicio: Marzo 2019. Fecha prevista de finalización: Marzo 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0432

1. TÍTULO

CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA MIGUEL SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA NOEMI IVANA
INGLES SANZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han recogido mensualmente los datos que se detallan a continuación, de los pacientes derivados desde la unidad de angiología y cirugía vascular a otros hospitales del sistema salud para la realización de diferentes procedimientos.

- Fecha de canalización
- Diagnóstico
- Motivo de la canalización (procedimiento solicitado)
- Origen: ambulatorio/ingresado
- Prioridad: normal/preferente/urgente
- Fecha de realización
- Observaciones

Estos datos han sido recogidos por todos los miembros de la unidad e incluidos en una hoja de cálculo para el análisis de los mismos. La persona responsable del proyecto ha sido la encargada del seguimiento de los pacientes y valoración de los datos finales. Se ha cumplido con el calendario previsto incluyendo los pacientes derivados desde los meses de enero a diciembre de 2019. No ha sido necesaria la elaboración de material ni el consumo de recursos para el desarrollo del proyecto. El resultado final es de interés para los facultativos implicados en los procesos de derivación a los cuales se hará saber de forma verbal o escrita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019 se canalizaron 39 pacientes a los hospitales de Zaragoza. El 94.73% de los pacientes fueron derivados al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (hospital de referencia) y sólo dos de ellos al Hospital Universitario Miguel Servet. La mayoría de ellos, el 73.68%, fueron derivados para la realización de un procedimiento endovascular (11 pacientes para EVAR, 15 para revascularización de extremidades inferiores, 2 para embolización de varices pélvicas y un paciente para corrección de estenosis carotídea post-radiación). Desde el mes de mayo la unidad ha contado con sólo dos facultativos, uno o ninguno por distintos motivos y ha visto reducida su actividad quirúrgica programada de forma importante, por lo que ha sido necesaria la derivación de pacientes para cirugía abierta que en total han sido 6 (2 por falta de personal y 4 por no disponer de quirófano programado). De los pacientes derivados el 47.36% fueron catalogados como preferentes y de estos el 72.22% eran pacientes ingresados en nuestra unidad. En cuanto a la demora en la atención ha sido de 15.72 días de media en los pacientes catalogados como preferentes y 4 meses de media en los programados (principalmente por patología aórtica). Hay 9 pacientes pendientes de resolución, 5 de ellos están incluidos en la lista de espera quirúrgica del hospital de referencia pendientes de fecha de intervención, 2 pendientes de pruebas diagnósticas preoperatorias y 2 pendientes de valoración en consultas externas.

Se comparan estos datos con los obtenidos en 2018 en el que únicamente se registraron el número de paciente derivados comprobando una disminución evidente de los mismos pasando de 60 a 38. El personal facultativo ha cambiado por completo en estos dos años de lo que se deduce que esta disminución puede ser debida a un cambio en los criterios de derivación. No existían datos registrados en cuanto a la demora, tipos de intervención o prioridad por lo que estos datos no son comparables. El mayor porcentaje de pacientes derivados sigue siendo para la realización de un procedimiento endovascular ya sea para revascularización de miembros inferiores o reparación de un aneurisma aórtico.

De todos los datos analizados se desea destacar el tiempo de demora. Si tenemos en cuenta que casi la mitad de los pacientes derivados precisaban una atención preferente y de estos la mayoría eran pacientes ingresados en la unidad, 15.72 días de media de espera entre la solicitud del procedimiento y realización del mismo aumenta la estancia hospitalaria empeorando la calidad asistencial del paciente. En cuanto a los pacientes programados la demora es de 4 meses de media incluyendo el tiempo que tardan en ser citados para una valoración previa a la intervención en consultas externas del hospital al que es derivado. En algunos casos esta revaloración podría no ser necesaria mejorando la comunicación con el servicio al que se realiza la derivación y así agilizar el proceso.

La fuente de información son los datos registrados en la historia clínica electrónica de los pacientes del Sector Huesca valorados por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge y que precisan un procedimiento endovascular para diagnóstico o tratamiento de su patología u otro tipo de procedimiento que no pueda ser realizado en dicha unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0432

1. TÍTULO

CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el inicio del proyecto hasta su finalización la unidad ha vuelto a sufrir una pérdida de personal que impide el desarrollo de la misma, a esto se suma la falta de recursos no sólo para la realización de procedimientos endovasculares sino para la planificación de cualquier tipo de intervención quirúrgica.

La demora y los tiempos de espera siguen siendo elevados dada la presión asistencial que ya de por sí sufren los servicios a los que se realiza la derivación y que se incrementa notablemente con la llegada de estos nuevos pacientes que no pertenecen a su sector. La adquisición de los recursos generales necesarios (humanos y materiales) y la mejora en la comunicación con los servicios de referencia optimizaría la calidad de la atención no sólo disminuyendo los tiempos de espera sino también evitando el traslado del paciente a un hospital que en muchas ocasiones se encuentra muy alejado de su domicilio ocasionando un gran trastorno tanto para el mismo como para sus familiares.

El registro mensual de los datos ha sido de gran utilidad para realizar un seguimiento periódico de los pacientes derivados disminuyendo errores de citación y pérdida, por lo que queda implantado en la unidad como actividad. Partiendo de este proyecto se podría desarrollar otro para mejorar la comunicación entre servicios con la intención de que la atención al paciente sea de mayor calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/432 ===== ***

Nº de registro: 0432

Título
CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

Autores:
MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA, SANCHO GRACIA NOEMI IVANA, INGLES SANZ CRISTIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de recursos para la realización de procedimientos endovasculares en nuestra Unidad crea la necesidad de derivar pacientes a los hospitales de referencia de otra provincia. La presión asistencial que ya de por sí sufren dichos servicios se incrementa notablemente con la llegada de estos nuevos pacientes que no pertenecen a su sector.

En el año 2018 la cifra de pacientes derivados fue de 67 en total siendo 60 de ellos para la realización de procedimientos endovasculares. Los otros 7 pacientes fueron derivados para cirugía abierta convencional en la mayoría de los casos por falta de personal facultativo. El 26.8% de los pacientes estaban ingresados y un 17.9% precisaban una atención preferente. Los tiempos de demora fueron variables y en algunos casos prolongados ya que estos pacientes se suman a la lista de espera de dichos hospitales.

La unidad cuenta con personal cualificado y formado para la realización de este tipo de procedimientos, pero no cuenta con los recursos materiales necesarios. La adquisición de estos medios y materiales mejoraría la calidad de la atención no sólo disminuyendo los tiempos de espera sino también evitando el traslado del paciente a un hospital que en muchas ocasiones se encuentra muy alejado de su domicilio lo que ocasiona gran trastorno tanto para el mismo como para sus familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0432

1. TÍTULO

CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

La población diana a la que va dirigida el proyecto son los pacientes del Sector Huesca valorados por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge y que precisan un procedimiento endovascular para diagnóstico o tratamiento de su patología.
Con el control telemático de estos pacientes se pretende valorar la posibilidad de ofertar dichos procedimientos como mejora de la calidad asistencial.

MÉTODO

En la Cartera de Servicios de nuestra unidad están incluidas:

- Arteriografía perioperatoria (pre-intra-post)
- Técnica endovascular de angioplastia simple
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent recubierto (endoprótesis)
- Técnica endovascular de injerto endoluminal con endoprótesis
- Técnica endovascular en el síndrome isquémico femoropoplíteo y distal

El personal facultativo que en la actualidad forma la unidad está formado y cualificado para desarrollar este tipo de técnicas por lo que los recursos necesarios serían sólo materiales, aunque deberían realizarse actividades de formación para el personal de enfermería quirúrgica.

INDICADORES

Para el desarrollo del proyecto se va incluir en una hoja de cálculo los siguientes datos:

- Fecha de canalización
- Diagnóstico
- Motivo de la canalización (procedimiento solicitado)
- Origen: ambulatorio/ingresado
- Prioridad: normal/preferente/urgente
- Fecha de realización

Con estos datos podemos obtener información sobre los tiempos de demora y hacer un estudio y seguimiento detallado de los pacientes derivados. Se valorará la posible mejora en la atención de los pacientes al realizar los procedimientos descritos en nuestra unidad.

DURACIÓN

La duración prevista para el desarrollo de este proyecto es desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2019. Cada mes se realizará una recogida de datos sistemática de los pacientes derivados por todos los miembros de la unidad y la persona responsable del proyecto será la encargada del seguimiento de los pacientes y valoración de los datos finales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ONDIVIELA PEREZ JORGE
MARQUINA BARCOS ADOLFO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
JIMENO GRILLO CARMEN
BRUN GUINDA DAVID
ARTERO BELLO PILAR
CALLEN SALVATIERRA MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Revisión de la literatura y protocolos existentes en otras comunidades autónomas
Se revisaron últimas Guías clínicas de SCACEST y SCASEST de la Sociedad Europea de Cardiología y American Heart Association. Así mismo el libro de texto de Cardiología Braunwald 10 ed (2015) También los Procesos asistenciales de SCA de la Comunidad Autónoma de Andalucía y El Documento del Código Infarto Aragón (diciembre 2016-enero 2017)
2. Discusión y consenso por parte de la Unidad de Cardiología, UCI y la enfermería de la planta (febrero de 2017).
Se realizaron 2 reuniones, con trabajo intermedio de consenso a través de correo electrónico hasta alcanzar consenso con la redacción final de los protocolos. En ellos se recogen los textos pre-redactados y fármacos a administrar en los pacientes con síndrome coronario Agudo agrupados en varias categorías adaptadas a las diferentes circunstancias en que se atienden los pacientes con SCA en el centro.
Debido a la ejecución de y los traslados hospitalarios y diversas circunstancias personales de la persona encargada de seguir con el proyecto el calendario no se ha podido seguir, hubo un parón, reiniciándose el desarrollo del proyecto en octubre de 2017
Dichos textos se envían a Farmacia Hospitalaria para su inclusión como protocolos en el Farmatools, con lo que el tratamiento básico en cada caso se prescribe con un "clic" realizando posteriormente las correcciones necesarias para personalizar el tratamiento adaptándolo a cada paciente.
3. Difusión de los protocolos (Urgencias, Medicina Interna, UCI) SE realiza una reunión presencial con cada Unidad para explicar los protocolos y realizar simulación práctica con el programa Farmatools. Se remite así mismo el documento conjunto del protocolo a cada Unidad en formato digital y puesta en marcha de los mismos. (noviembre 2017).
4. Evaluación de resultados Debido al retraso acumulado se decide diferir el corte para monitorización del uso y la encuesta de satisfacción a abril de 2018 (6 meses tras la puesta en marcha), momento en que se remitirá la memoria definitiva. Durante la implementación se ha decidido realizar así mismo un registro prospectivo de los errores detectados, atribuibles a la protocolización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La totalidad de los miembros del grupo asistieron a las reuniones previstas y participaron activamente en la redacción de los protocolos
Se ha conseguido la unificación de criterios en un protocolo común respecto a las órdenes de tratamiento en los pacientes con diagnóstico SCA, minimizando la variabilidad en la práctica clínica entre las diferentes Unidades y los diferentes profesionales y adaptándola a las últimas recomendaciones basadas en la evidencia. Así mismo se aumenta la seguridad del paciente evitando olvidos y prescripciones inadecuadas, especialmente en fármacos antitrombóticos, oxigenoterapia y nivel de actividad física.
Aunque no se haya realizado la encuesta la impresión recogida es muy favorable por parte de los facultativos que la utilizan debido a la facilidad, rapidez y seguridad con la que se puede realizar la prescripción y debido a la homogeneización de la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es altamente recomendable la protocolización del tratamiento de las patologías más prevalentes para reducir la variabilidad de la práctica, aumentar la seguridad del paciente y facilitar la labor administrativa
Los protocolos, aunque basado en las Guías Clínicas y otras evidencias disponibles, deben adaptarse a cada centro pues difiere el tipo de paciente atendido, o al menos el momento del Proceso en el que se le atiende.
Para no perder el plus de seguridad que aporta la protocolización de las actuaciones en las diferentes patologías (debido a los errores derivados de la digitalización de registros y prescripciones: "corta y pega" indiscriminado, ausencia de revisión y adaptación de los textos a las circunstancias de cada paciente, etc...) debe insistirse en la revisión sistemática de los ítems de los protocolos preformados, adaptándolos a cada paciente y sus circunstancias personales (edad, función renal, alergias, riesgos particulares, comorbilidades, etc...). Por este motivo se ha añadido a los indicadores inicialmente previstos el registro de errores mencionado previamente
Los protocolos deben estar actualizados. En este caso se ha decidido revisión anual para adaptarlo a las nuevas recomendaciones, si procede o en el momento que se requiera si el cambio en las mismas es de suficiente entidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

7. OBSERVACIONES.

8. Observaciones

Como se ha mencionado, debido al retraso del calendario de implementación del proyecto, como se ha explicado más arriba, se decide diferir el corte para monitorización del uso y la encuesta de satisfacción a abril de 2018 (6 meses tras la puesta en marcha), momento en que se remitirá la memoria definitiva. En esta memoria se remitirá así mismo el resultado del registro prospectivo de los errores detectados, atribuibles a la protocolización.

Se ha añadido un facultativo al grupo de mejora, Dra M Pilar Artero Bello, que se incorporó al mismo tras remitir el Proyecto pero que ha trabajado activamente en el mismo.

No se han detallado aquí los diferentes protocolos por considerar que no era el objeto de la memoria. Si se considera necesario o pueden ser útiles como ejemplo para su implementación en otro medio, están a disposición y se remitirán si así se solicita.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1063 ===== ***

Nº de registro: 1063

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Autores:
BERGUA MARTINEZ CLARA, ONDIVIELA PEREZ JORGE, MARQUINA BARCOS ADOLFO, VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA, JIMENO GRIÑO CARMEN, BRUN GUINDA DAVID, CALLEN SALVATIERRA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
El tratamiento de síndrome coronario agudo en planta de cardiología implica la prescripción de fármacos de varios grupos terapéuticos(antiagregantes, antitrombóticos, antianginosos, estatinas) además de cuidados y procedimientos específicos (reposo, monitorización). La protocolización posibilita la disminución de errores, disminuye el tiempo empleado por los facultativos en esta tarea y contribuye a homogeneizar la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear protocolos para el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) del síndrome coronario agudo durante la fase de hospitalización en planta de Cardiología.

MÉTODO
1. Revisión de la literatura y protocolos existentes en otras comunidades autónomas
2. Discusión y consenso por parte del servicio de Cardiología, UCI y la enfermería de la planta.
4. Redacción de los protocolos.
1. Difusión de los protocolos (Urgencias, Medicina Interna, UCI) y puesta en marcha de los mismos.
2. Encuesta de Evaluación

INDICADORES
1. Asistencia a las reuniones de discusión y consenso (Cardiólogos, enfermera de referencia, supervisora)
3. Presentación de los protocolos en Enero de 2017 (Responsable)
4. Monitorización de uso de los protocolos: Numero de usos de los protocolos / Numero de pacientes ingresados por SCA, en un corte a Junio de 2017
5. Encuesta de satisfacción a los profesionales: Urgencias, UCI, Cardiología

DURACIÓN
Noviembre 2016 Revisión de la literatura

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Diciembre 2016 Discusión Cardiología
Enero 2017: Redacción de Protocolos
Febreo 2017: Difusión y puesta en marcha de los protocolos.
Monitorización Junio 2017

OBSERVACIONES

Faltan 3 componentes del grupo por determinar, se confirmará a 18 de Octubre

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0139

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIVERO FERNANDEZ ELENA
ARTERO BELLO PILAR
BRUN GUINDA DAVID
ONDIVIELA PEREZ JORGE
ANORO CASBAS MARIA JOSE
CALLEN SALVATIERRA MONICA
LIESA PELAY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. Nuestro proyecto pretende mejorar la rapidez de respuesta al inicio de las maniobras de resucitación, la mejora del trabajo en equipo y disminuir la incertidumbre del personal implicado en la atención de esta patología.

Para ello hemos creado un grupo de trabajo con los integrantes del proyecto, realizando un estudio de los indicadores de calidad de nuestro proceso y seleccionando aquellos con mayor relevancia para alcanzar la eficiencia en el procedimiento. Se engloban en indicadores de rapidez de respuesta a la llamada, indicadores de adecuación del personal y del material, indicadores del proceso de atención y de valoración del resultado final. Se ha elaborado una check list con 26 items en los que valoramos: identificación de la situación de parada cardiaca (constantes vitales); la toma de tiempos (primer aviso, inicio maniobras básicas, llegada personal asistencial, inicio maniobras avanzadas); monitorización; realización correcta de resucitación básica; desfibrilación; realización correcta de RCP avanzada; asunción de tareas específicas por cada miembro del equipo de resucitación; disponibilidad del material necesario para la atención de la parada; presencia de la Historia Clínica en la habitación del paciente; orden expresa de no RCP o documento de voluntades anticipadas en la Historia Clínica si era el caso; éxito o fracaso en la recuperación de circulación espontánea.

Hemos realizado dos simulacros sorpresa con muñeco, implicando al personal de la planta y personal de UCI, recreando las distintas situaciones de una parada cardiaca de la práctica clínica habitual, analizando posteriormente la intervención mediante los items de la check list y grabación en video del procedimiento. Tras los simulacros se ha hecho una puesta en común con el personal de la planta para identificar los campos de mejora y una sesión formativa.

Los objetivos fijados son iniciar la RCP básica antes de los 4 minutos y la avanzada (incluyendo desfibrilación si procede) antes de los 8 minutos, procurando disminuir los tiempos de respuesta al menos en un 20%. Pretendemos sistematizar la realización correcta de las maniobras de resucitación y su secuencia temporal mediante la asignación de los roles específicos para cada persona implicada en la atención. Y con ello disminuir el estrés del personal en la atención de esta patología valorado con una encuesta del 1 (nada de mejora) al 4 (mucho mejora).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el proyecto hemos conseguido mejorar los tiempos de respuesta. En el primer simulacro se tardó 3'40 min en dar el primer aviso, en el último 40'', mejora del 82%. El tiempo de inicio de RCP básica en el primero fue 5'30 y en el último 2'30, mejora del 55%, quedando por debajo del estándar fijado. El tiempo en llegar el médico a la habitación pasó de 5'30 en el primero a 2'50 en el último, mejora 48%. Las maniobras se realizaron correctamente en todos los casos, mejorando mucho la rapidez y el orden del primer a último simulacro, mediante el entrenamiento y la actualización del conocimiento.

Se ha logrado disminuir la incertidumbre, y con ella el estrés del personal ante la situación de la parada cardiaca en planta, de forma notable: 3 en la encuesta de valoración al personal sobre una escala del 1 (nada de mejora) al 4 (mucho mejora).

Se ha realizado un video final con los estándares de actuación, de gran utilidad para las sesiones de repaso. En las sesiones de puesta en común hemos acordado los roles de cada uno de los participantes con vistas a la estandarización del proceso, con resultados todavía incompletos en la última práctica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del proyecto ha sido satisfactorio por haber logrado identificar los objetivos de mejora, plasmándolos en la check list como herramienta con contenido adecuado y de fácil visualización a la hora de analizar el proceso. La participación e implicación del personal ha sido buena y ha permitido mejorar la actuación desde los distintos puntos de vista.

Tras completar el proyecto se ha evidenciado una importante mejora en los tiempos de respuesta y en la aplicación eficiente de las técnicas de RCP. Hemos conseguido entrar en los estándares de calidad, que no alcanzábamos al inicio. La mejora ha sido modesta en la asunción de roles por cada miembro del equipo, identificándolo como un aspecto de mejora, al igual que la percepción de situación de estrés. Hemos identificado la importancia de organizar un número de teléfono único para la atención a la PCR. Hemos propuesto realizar un documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado con el fin de facilitar el proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0139

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Del proyecto surge el reconocimiento por parte del personal implicado de la utilidad de este entrenamiento y la demanda de establecerlo de forma periódica en la planta de hospitalización

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/139 ===== ***

Nº de registro: 0139

Título
RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Autores:
GRACIA AZNAREZ MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, ARTERO BELLO PILAR, ANORO CASBAS MARIA JOSE, CALLEN SALVATIERRA MONICA, CHAMORRO GANDUYO JUANA, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras detectar la necesidad de difundir las secuencias de actuación en las situaciones de riesgo vital y el entrenamiento en las mismas, se propone un plan para consolidar el entrenamiento en RCP como actividad formativa en el personal de la sexta planta del hospital San Jorge.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la rapidez del inicio de las maniobras de RCP y la monitorización del paciente en parada cardiaca. Mejora del trabajo en equipo Disminución de la incertidumbre ante estas situaciones

MÉTODO

Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Entrenamiento trimestral cronometrado Encuesta de satisfacción : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo

INDICADORES

Asistencia a sesiones formativas Tiempo desde alarma de parada hasta inicio de RCP (Junio menos Noviembre) Tiempo hasta la monitorio (Junio menos Noviembre) % de aciertos en el test de valoración de conocimiento básicos RCP (Junio- Septiembre) Puntuación de estrés ante situación: Junio- Septiembre Satisfacción con el trabajo en equipo: Junio- Septiembre

DURACIÓN

Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Diciembre Entrenamiento trimestral cronometrado: Enero y Mayo Encuesta de satisfacción post entrenamiento : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo. Enero y Mayo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA RIVERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA AZNAREZ MARIA
MARQUINA BARCOS ADOLFO
BRUN GUINDA DAVID
ONDIVIELA PEREZ JORGE
ALINS REMI IGNACIO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, en Abril del 2018, redactamos el protocolo de estudio genético y screening de las cardiopatías familiares en el Hospital San Jorge, especificando el modo de registro y las pruebas a realizar de los pacientes afectos de enfermedades cardiacas genéticas.
Posteriormente, entre Mayo y Junio del 2018 iniciamos un registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar. Una vez identificados los probandos realizamos el árbol genealógico de cada familia. El árbol genealógico, queda registrado en el drive de Cardiología (www.cardiologia.huesca@gmail.com). De esta manera la información de los pacientes queda accesible para todo el servicio de Cardiología de una forma ordenada y rápida. Así mismo, la información queda informatizada y los árboles no aparecen en la historia clínica de los pacientes puesto que en ellos se incluye información de otros familiares que no tiene porqué ser conocida por otro familiar sin previo consentimiento.
Desde Julio a Diciembre del 2018 solicitamos el estudio genético del probando en los casos en los que estaba indicado según la rentabilidad en la patología, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente. El estudio genético, consistente en una analítica de sangre, se solicita a través de un formulario específico que se realiza en la secretaría de Cardiología y se remite al Hospital Universitario Miguel Servet. El paciente debe ser informado debidamente y firmar el consentimiento para realizar el estudio.
Tras los resultados del estudio genético del probando realizamos el estudio genético a los familiares si se identifica la variante patogénica responsable de la enfermedad o variantes de significado incierto en las que se recomienda ampliar el estudio familiar. Si el estudio genético del probando identifica una variante benigna no sirve para confirmar el diagnóstico ni está indicado el estudio genético de los familiares.
En cualquier caso, tras los resultados del estudio genético, iniciamos el estudio de los familiares con las pruebas diagnósticas indicadas en cada patología (ECG, ecocardiograma, etc...) para poder identificar a los posibles afectos de la cardiopatía familiar precozmente. Se deberá realizar un seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad. Estos seguimientos se prolongarán hasta los 60 años en el caso de las miocardiopatías, momento a partir del cual se considera que no se desarrolla ya el fenotipo de la enfermedad. En el caso de familiares en los que se haya descartado la enfermedad con realización de un test genético negativo para la mutación genética identificada en la familia podrán ser dados de alta sin necesidad de seguimientos periódicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores utilizados fueron los siguientes:

- Número de pacientes con posible cardiopatía familiar incluidos en el registro: 45
- Número de pacientes a los que se les ha realizado estudio genético (incluye probandos y familiares): 64
- Número de familias estudiadas: 25

Dada la prevalencia de las cardiopatías familiares en la población general (1 de cada 400 personas), durante este tiempo hemos registrado una buena parte de las familias afectas en nuestra población de referencia, y seguiremos completando el registro conforme vayan surgiendo los pacientes con este tipo de cardiopatía. El número de estudios genéticos realizados hasta la fecha es concordante con el número de familias estudiadas, puesto que la indicación de realizarlo depende de varios factores como son rentabilidad del estudio en la cardiopatía, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente.
De los 45 probandos incluidos en el registro, el estudio genético fue positivo en 11 de ellos (24%), permitiendo descartar la enfermedad en sus familiares e identificar a aquellos portadores susceptibles de desarrollar la enfermedad que requieren un seguimiento más estrecho. En 13 (28%) de ellos se detectaron variables de significado incierto, son mutaciones que actualmente, con el conocimiento disponible, se desconoce si producen la enfermedad o no. En el resto el estudio genético fue negativo, o bien no se realizó por diferentes motivos o está aún pendiente de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades cardiacas que tienen en común el tener una base genética y una presentación familiar. Afectan a 1 de cada 400 personas de la población general lo que supone unas 1000 familias por cada 500.000 habitantes. Además todas ellas son enfermedades que pueden relacionarse

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

con la muerte súbita, siendo las cardiopatías familiares la causa más frecuente de muerte súbita en menores de 35 años y la cardiopatía isquémica en el resto de la población. Según las últimas recomendaciones y guías clínicas se debe realizar un estudio genético para el diagnóstico de las mismas (con diferente grado de recomendación según la enfermedad) y sobretodo un estudio de los miembros de la familia para poder identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo de esta manera instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales, prevenir eventos y realizar un asesoramiento reproductivo. Es fundamental una adecuada organización y un sistema de registro que permita identificar a los familiares de los pacientes con cardiopatía genética de una forma eficiente, sobre todo teniendo en cuenta que en muchas ocasiones estas enfermedades pueden debutar con muerte súbita. Además la identificación de estas cardiopatías permite realizar un consejo profesional y deportivo, puesto que muchas de las arritmias mortales tienen relación con el ejercicio y hay ciertas profesiones que se deben evitar. El protocolo de estudio y screening de cardiopatía familiares nos ha permitido mejorar la atención de los pacientes con este tipo de enfermedades del corazón y continuaremos realizando el registro y ampliando el número de familias estudiadas conforme vayamos diagnosticando nuevos casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/170 ===== ***

Nº de registro: 0170

Título
REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Autores:
RIVERO FERNANDEZ ELENA, GRACIA AZNAREZ MARIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE, ALINS REMI IGNACIO, VILLAROEL SALCEDO MARIA TERESA, PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cardiopatías familiares
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita. El diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un registro de los pacientes con cardiopatías familiares, realizar el estudio genético del probando y posteriormente el screening familiar.
Las enfermedades cardíacas objetivo serían miocardiopatías (M. Hipertrófica, M. arritmogénica, M. dilatada, M. restrictiva, M. no compactada), canalopatías (Sd. QT largo, Sd. QT corto, Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, Sd. Brugada) y enfermedades de la aorta (S. Marfan y otros síndromes).

MÉTODO
Diseño del protocolo de estudio.
Registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar.
Estudio genético de los probandos.
Realización de árboles familiares de cada paciente afecto.
Según resultados del estudio genético se realizaría el estudio genético a los familiares (si se identifica el gen responsable de la enfermedad) o el estudio con ECG/ecocardiograma (si no se identifica el gen responsable).
Seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

INDICADORES

Número de familias incluidas en el registro.
Número de pacientes con posible cardiopatía familiar a los que se les realiza estudio genético.
Número de familias estudiadas.

DURACIÓN

Abril-Junio 2018: diseño del protocolo, registro de datos de los pacientes con sospecha de cardiopatía familiar y realización de árboles genealógicos.
Julio-Diciembre 2018: Estudio de probandos e inicio de estudio de familiares

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR ARTERO BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO BETES VICTOR
TOBEÑA PUYAL MARIA
MARQUINA BARCOS ADOLFO
ALINS RAMI ADOLFO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha creado un equipo multidisciplinar entre Cardiología, Oncología y Hematología compuesto por 2 miembros de cada especialidad.
-Se ha elaborado un borrador del Protocolo: Monitorización y diagnóstico precoz de cardiotoxicidad y Derivación a la consulta de Cardio-oncología, que posteriormente ha sido consensuado y modificado por parte del equipo multidisciplinar hasta su elaboración definitiva, aspecto que ha retrasado la aplicación del mismo y apertura de la consulta según el calendario previsto. Se ha creado un Chek-list resumen del protocolo (sobre los criterios de derivación a la consulta) para facilitar su aplicación.
-Se ha abierto una consulta ambulatoria de Cardio-oncología, un día a la semana que precisa de un cardiólogo, una enfermera y un ecocardiógrafo.
-Se han realizado sesiones informativas en los diferentes servicios para comunicar el protocolo a los profesionales. Los pacientes serán informados en la primera visita a la consulta de Oncología-Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Obtención de un protocolo conjunto multidisciplinar, siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Cardiología, Hematología y Oncología, pero adaptado a nuestro medio y nuestro hospital, consensuado por los tres Servicios, así como la creación del Equipo multidisciplinar tal y como nos habíamos marcado.

Impacto: La Cardiotoxicidad es una complicación en la mayoría de los casos a largo plazo (10 años) por lo que su verdadero impacto se verá en el futuro. Lo que queremos conseguir con este protocolo es un diagnóstico en fase precoz y por lo tanto aun reversible, para que no la lleguen a desarrollar. Actualmente el impacto radica en no retrasar el inicio del tratamiento oncológico y evitar su suspensión por problemas de cardiotoxicidad, lo que conlleva un mejor pronóstico de su proceso oncológico y por lo tanto de su supervivencia. Se ha creado una base de datos para recoger todos los pacientes remitidos a la consulta, pero dado el poco tiempo desde su puesta en marcha los indicadores referidos en la memoria inicial no son aún del todo aplicables. Los indicadores que se han podido medir, es el número de pacientes que se les ha aplicado el protocolo (86%), número de pacientes remitidos a la consulta de media a la semana: 4, Número de pacientes que se les ha retrasado el inicio de tratamiento quimioterápico por descartar cardiotoxicidad: 0.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de un protocolo ha sido una herramienta muy positiva ya que permite a los profesionales implicados saber actuar en otros campos diferentes a los de su especialidad, pero muy importantes por las consecuencias pronosticas que tienen. Así los Hematólogos y Oncólogos saben cuándo derivar a cardiología y las pruebas a realizar para la monitorización de cardiotoxicidad y los Cardiólogos saben que complicación puede derivar de cada tratamiento oncológico para actuar de forma precoz.
El equipo multidisciplinar ha facilitado la comunicación entre nosotros y permite reunirnos en caso de necesidad. Queda pendiente realizar en los Centros de Salud sesiones informativas del protocolo a los Médicos de Atención Primaria.
La sostenibilidad del proyecto radica en que la cardiotoxicidad es un importante problema en crecimiento, consecuencia del aumento de la supervivencia del cáncer y la mayor edad de los supervivientes y precisa de pocas pruebas, no muy costosas y sin efecto nocivo para los pacientes para su diagnóstico en una fase precoz. Es un proyecto que ya se está realizando en varios Hospitales de España adaptado a cada centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/355 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Nº de registro: 0355

Título
CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Autores:
ARTERO BELLO PILAR, MARCO BETES VICTOR, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, TOBEÑA PUYAL MARIA, MADANI PEREZ JULIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, ALINS RAMI IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los avances en la detección precoz y el tratamiento del cáncer han reducido de manera significativa la mortalidad de los pacientes, sin embargo, para mejorar el pronóstico también es necesario prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente las complicaciones relacionadas con las mismas, entre ellas la cardiotoxicidad, definida como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivadas de los tratamientos onco-hematológicos y que incluyen no sólo la disfunción ventricular, sino también la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, arritmias, valvulopatías...en función de los fármacos utilizados.
La toxicidad cardiovascular de dichas terapias es un problema ampliamente reconocido con múltiples esquemas terapéuticos, pero la evidencia científica es escasa en cuanto a su manejo.
Hoy por hoy en nuestro hospital a los pacientes con potencial riesgo de toxicidad cardiovascular se les realizan ecocardiogramas de control, pero no hay una equipo multidisciplinar para tomar decisiones conjuntas en cuánto qué pacientes se podrían beneficiar por ser de mayor riesgo de un control más estrecho o de un tratamiento previo, ni un protocolo de actuación de monitorización y diagnóstico precoz de dicho daño, además esto puede llevar a una preocupación excesiva por la aparición de toxicidad que impida terapias potencialmente curativas, así como la subestimación de éste riesgo que puede comprometer el pronóstico vital a largo plazo.
Por ello es útil crear equipos multidisciplinarios locales para optimizar los resultados en salud tanto de los pacientes con cáncer como de los supervivientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un equipo local multidisciplinar Cardio-onco-hematología cuyo objetivo sea:
• Agilizar la comunicación entre los profesionales implicados en el proceso del cáncer.
• Desarrollar un protocolo local de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardiovasculares.
• Facilitar el tratamiento oncológico.
• Evitar interrupciones en la administración del tratamiento antitumoral.
Creación de una consulta en Cardiología para pacientes oncológicos cuyo objetivo sea:
• Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
• Optimizar medidas terapéuticas de protección cardíaca.
• Identificar y tratar precozmente posibles toxicidades cardiovasculares.
• Programar un seguimiento de los supervivientes al cáncer.

MÉTODO
En primer lugar se va a realizar un Protocolo de actuación en función del tratamiento oncológico que se vaya a administrar, que describa: cómo estratificar el riesgo cardiovascular del paciente y tipo de pruebas que hay que realizar tanto de forma basal como a lo largo del tratamiento para detección precoz (por ejemplo en caso de administración de antraciclinas, ecocardiograma y biomarcadores), así como los pacientes que necesitan un seguimiento más estrecho en la consulta de Cardiología para tratamiento ya sea preventivo o por detección precoz de cardiotoxicidad.

El equipo multidisciplinar estará formado por el cardiólogo a cargo de la consulta, el cardiólogo encargado de imagen cardíaca así como de un oncólogo y un hematólogo.
Dado que en éstos pacientes es importante no demorar las pruebas ni las consultas para minimizar las interrupciones del tratamiento oncológico, se va intentar abrir una consulta de media mañana 2 días a la semana.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

INDICADORES

Número de pacientes con tratamiento potencialmente cardiotoxico a los que se les aplica el protocolo respecto al número total de pacientes.
Valorar retraso de inicio de tratamiento oncológico antes y después de la puesta en marcha del proyecto.
Valorar suspensión de tratamientos por cardiotoxicidad antes y después de la puesta en marcha del proyecto.
Valorar desarrollo de Cardiotoxicidad a largo plazo (años tras la suspensión del tratamiento).

DURACIÓN

-Creación de un borrador del protocolo de actuación en los meses de mayo y junio.
-Puesta en común de éste borrador entre los miembros del equipo para mejoras y modificaciones entre julio, agosto y septiembre
-Apertura de la consulta en octubre-noviembre y puesta en marcha del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0454

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO FERNANDEZ ELENA
ARTERO BELLO MARIA PILAR
ONDIVIELA PEREZ JORGE ALEJANDRO
ANORO CASBAS MARIA JOSE
CALLEN SALVATIERRA MONICA
LIESA PELAY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. En 2018 identificamos unos tiempos de respuesta prolongados, por encima de los valores de referencia, cuando se producía esta patología en nuestra planta de hospitalización. Observamos que se debía a una falta de entrenamiento y un elevado nivel de incertidumbre, que favorecía retrasos, errores en la realización de las técnicas y actuaciones sin un orden estandarizado. Conseguimos entrar dentro de los valores de referencia e iniciar la RCP básica antes de los 4 minutos y la avanzada antes de los 8 minutos, estandarizar los procesos y disminuir la incertidumbre del personal implicado. Sin embargo, al tratarse de una patología de presentación esporádica y ser atendida por personal con turnicidad y elevado recambio, detectamos la necesidad de realizar un entrenamiento periódico para poder mantener o incluso mejorar los objetivos alcanzados y realizar mejoras en la organización de la atención en la planta.

En este proyecto hemos mantenido el equipo de trabajo del proyecto previo (RCP fitness, manteniendo un equipo en forma ante la PCR), para trabajar en la preparación de los simulacros y el análisis posterior. Hemos realizado un entrenamiento semestral de atención a la parada cardiaca intrahospitalaria mediante simulacro sorpresa en planta, con muñeco, implicando al personal de planta, servicio responsable del paciente y UCI. Durante los simulacros se ha realizado la toma de tiempos y análisis del procedimiento mediante la check list, desarrollada en el proyecto previo, y grabación de video. En la check list analizamos, mediante 26 items, la identificación correcta de la situación de parada cardiaca (constantes vitales), la toma de tiempos (primer aviso, inicio maniobras básicas, llegada personal asistencial, inicio maniobras avanzadas), la monitorización del paciente, la realización correcta de resucitación básica, la desfibrilación adecuada y precoz, la realización correcta de RCP avanzada, la asunción de tareas específicas por cada miembro del equipo de resucitación, la disponibilidad del material necesario para la atención de la parada, la presencia de la Historia Clínica en la habitación del paciente, la existencia de orden expresa de no RCP o documento de voluntades anticipadas en la Historia Clínica y finalmente el éxito o fracaso en la recuperación de circulación espontánea.

Después de cada simulacro se ha hecho una puesta en común con el personal y una sesión formativa de puesta al día. Se ha realizado una encuesta para valorar el nivel de estrés percibido según una escala del 1 (nada de estrés) al 4 (mucho estrés).

Hemos cumplido el calendario previsto realizando dos bloques de entrenamiento repartidos en el año, con el fin de llegar al personal de los distintos turnos. Hemos empleado el muñeco simulador y el material de atención a la parada cardiaca de la planta. Para las sesiones y puesta en común utilizamos la sala de sesiones de la planta y el material informático. Reservamos un tiempo del personal del equipo responsable de cada entrenamiento y procuramos realizar los simulacros en momentos en que la carga asistencial lo permite.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el proyecto los tiempos de respuesta se han mantenido dentro de los estándares de referencia, mejorando incluso notablemente respecto a los logrados en el proyecto anterior. El seguir las pautas ya marcadas y la implicación del personal se han reflejado en unos tiempos de alarma muy rápidos, 8 y 15 segundos en la primera reacción, y en un inicio rápido y eficaz de las maniobras de RCP básica, en una ocasión por una auxiliar de clínica en 1'45'' y en otra por enfermería en 1'20'', sin esperar la llegada del médico. El tiempo de llegada del médico ha estado en los 3'30'' en las dos prácticas, realizando la desfibrilación entre los 5 y los 6 minutos. Todos los procesos se han realizado de forma correcta y eficaz. El nivel de estrés percibido mediante encuesta en escala de 1 a 4 está entre 2 y 3, evitando el bloqueo del personal. El grado de satisfacción sigue siendo muy elevado. El personal de enfermería del equipo ha comunicado los resultados del proyecto, mereciendo un premio en reconocimiento. Las sesiones de puesta en común son participativas y aportan nuevos elementos de mejora adaptados a la realidad de las personas que participan.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado de esta segunda fase del proyecto ha vuelto a ser satisfactorio al comprobar la mejora lograda en la actuación ante la parada cardiaca, en cuanto a tiempos, coordinación del equipo y ampliación en los conocimientos del personal implicado. Se mantiene una elevada motivación del personal de planta, satisfacción con los resultados y disminución del estrés que provoca la patología.

En respuesta a la demanda del personal, planeamos hacer hincapié en el entrenamiento del aspecto técnico de la atención a la parada, con talleres prácticos de RCP y maniobras de soporte vital, planteando la posibilidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0454

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

de que el personal de nuestra planta pueda ser referencia docente en otras plantas del hospital, en los distintos estamentos.
Sigue siendo un aspecto de mejora organizativa la asunción de roles de cada miembro del equipo y la adecuación del número de personas que atienden la PCR. Por falta de tiempo debido a que he estado de baja maternal, no hemos completado el documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado, pero preveemos cerrarlo en breve. Tampoco hemos conseguido el teléfono único de atención a la PCR intrahospitalaria por problemas técnicos, seguimos buscando soluciones.
En cualquier caso, mantendremos el programa de actualización con actuaciones periódicas y la intención de mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/454 ===== ***

Nº de registro: 0454

Título
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
GRACIA AZNAREZ MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, ARTERO BELLO PILAR, ONDIVIELA PEREZ JORGE, ANORO CASBAS MARIA JOSE, CALLEN SALVATIERRA MONICA, LIESA PELAY LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. Identificamos una falta de entrenamiento y elevado nivel de incertidumbre en el proceso de atención cuando se produce la situación de la parada cardiaca en nuestra planta, que se concretaba en tiempos de respuesta prolongados, errores en la realización de las técnicas y actuaciones sin un orden estandarizado. Por eso desarrollamos en 2018 el proyecto RCP fitness, con evidente mejoría de los tiempos y procesos de actuación y satisfacción por parte del equipo de planta, quienes demandan dar continuidad al proyecto para poder mantener o incluso mejorar los objetivos alcanzados y para realizar mejoras en la organización de la atención en la planta . Planteamos un proyecto continuado de entrenamiento periódico y mejora de proceso, por la rotación de personal tanto en turnos como en contratos, que hace que la atención a esta patología no sea habitual

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestros objetivos son mantener los tiempos de respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria en planta de Cardiología por debajo de los estándares de calidad (4 minutos para RCP básica, 8 minutos para RCP avanzada), acortándolos en la mayor medida posible mediante entrenamiento del personal y estandarización de procesos. Pretendemos realizar un documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado. Queremos organizar un teléfono único de atención a la PCR intrahospitalaria, conjuntamente con el servicio de Cuidados Intensivos. Asegurar la correcta realización de las maniobras de resucitación
Disminuir el estres percibido por el personal ante la situación para lograr puntuaciones de 1-2 en una escala de estres percibido del 1 (nada de estres) al 4 (mucho estres)

MÉTODO
Pretendemos realizar un entrenamiento semestral (al menos) mediante simulacro sorpresa de PCR en planta, con muñeco, implicando al personal de planta, servicio responsable del paciente y UCI. El simulacro será supervisado con toma de tiempos y análisis del procedimiento mediante check list y video
Tras los simulacros realizaremos una puesta en común con el personal y una sesión formativa de puesta al día
Pasaremos una encuesta para valorar el nivel de estres percibido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0454

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

INDICADORES

Nuestros indicadores de calidad serán los tiempos de respuesta a la parada cardiaca (tiempo al aviso, al inicio de la RCP básica, por debajo de los 4 minutos y con mejoría progresiva, desfibrilación, llegada del médico, RCP avanzada, por debajo de los 8 minutos y con mejoría progresiva), la comprobación de la corrección técnica mediante check list, lograr un nivel de estres aceptable para la situación (1-2 en escala de 1 a 4) y la consecución de los objetivos específicos: asignación de roles y teléfono único

DURACIÓN

Lo planteamos como proyecto de seguimiento por el recambio del personal en relación con la frecuencia de suceso del evento, con realización de al menos dos bloques anuales (simulacro, puesta en común y sesión formativa). Los objetivos deben mantenerse siempre dentro de los estándares de calidad. El documento de roles y el teléfono único son objetivos para el primer año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0873

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON REALIZACIÓN DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPOS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA RIVERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ONDIVIOLA PEREZ JORGE ALEJANDRO
MARQUINA BARCOS ADOLFO
ALINS REMI IGNACIO
PUYAL CASTAN CRISTINA
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
VADILLO MARTINEZ MARIA DOLORES
SAMPER SECORUM CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Febrero de 2019 se realizó formación presencial de un médico y una enfermera en la Unidad de Insuficiencia cardíaca del Hospital Arnau de Vilanova (Lérida). Desde Febrero de 2019 se inició la consulta de Insuficiencia cardíaca con una consulta a la semana con un médico y una enfermera. Hay dos médicos dedicados a esta actividad que se van alternado. Durante este año no hemos contado con ninguna enfermera adscrita para esta actividad lo que ha dificultado el desarrollo del proyecto. También desde Febrero de 2019 se realizaron ingresos programados para infusión de diuréticos/inotropos. Se utilizó una cama de hospitalización con monitorización continua de 8-16 horas por sobrecarga del Hospital de día. Además se ha realizado administración de hierro intravenoso en el Hospital de día pautado desde la consulta.

En todas estas actividades se cumplió con el calendario marcado y los recursos planteados.

Se está elaborando un protocolo de manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca para mejorar la organización asistencial de la enfermedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de pacientes visto en la consulta de Insuficiencia cardíaca (médico+enfermera): En el año 2019 se han realizado 79 consultas en las que se han visto 26 pacientes distintos. A tener en cuenta que se trata de pacientes crónicos que requieren seguimiento clínico estrecho.

-Número de pacientes ingresados de forma programada para infusión de diuréticos/inotropos: 2 pacientes. La periodicidad de los ingresos ha variado según las necesidades de los pacientes, desde cada 15 días hasta 3 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La consulta de Insuficiencia cardíaca ha permitido mejorar la atención de los pacientes con esta patología, permitiendo una revisión al alta precoz, un seguimiento clínico estrecho y la administración de tratamientos como el hierro intravenoso o la infusión de diuréticos/inotropos de forma programada. Todo ello ha contribuido a disminuir el número de reingresos y a mejorar su calidad de vida.

Queda por definir aun el espacio físico del Hospital de día para poder realizar los tratamientos intravenosos programados de una forma más eficiente. Por otro lado, no se ha llegado a abrir la consulta de Insuficiencia cardíaca de enfermería por falta de personal asignado. Por este mismo motivo tampoco se ha realizado la atención telefónica a los pacientes para consultas sobre síntomas y modificaciones de tratamiento. Actualmente hay una enfermera adscrita a esta consulta y una segunda enfermera en formación con un máster en insuficiencia cardíaca. Así mismo, al no disponer del personal de enfermería no hemos podido ampliar la consulta al Servicio de Medicina Interna. Esperamos que en un futuro próximo podamos contar con los recursos suficientes para poder completar los objetivos establecidos y ofrecer una mejor asistencia a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/873 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0873

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON REALIZACIÓN DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPOS

Nº de registro: 0873

Título
CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON REALIZACION DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSION PERIODICA DE DIURETICOS E INOTROPOS

Autores:
RIVERO FERNANDEZ ELENA, ONDIVIELA PEREZ JORGE, MARQUINA BARCOS ADOLFO MIGUEL, ALINS REMI IGNACIO, PUYAL CASTAN CRISTINA, VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA, VADILLO MARIA DOLORES, SAMPER SECORUM CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardiaca es una enfermedad con una elevada prevalencia alcanzando el 1-2% de la población adulta. Dicha prevalencia se incrementa con la edad, superando el 10% en mayores de 70 años, y constituye la causa más frecuente de ingreso en nuestro medio. La hospitalización por insuficiencia cardiaca tiene una elevada mortalidad (50% en 5 años desde el comienzo de la enfermedad) y conlleva un gran número de reingresos (entre un 40-50% en el primer año). El coste económico de la enfermedad es elevado debido al gran número de ingresos y a lo prolongado de los mismos con frecuentes complicaciones. Todo ello justifica la organización asistencial de la insuficiencia cardiaca que permita un seguimiento continuo de la enfermedad, optimizando el tratamiento y las comorbilidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca, optimización del tratamiento, disminución de los reingresos y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO
-Creación de una consulta específica de insuficiencia cardiaca con un cardiólogo y una enfermera especializados.
-Realización de ingresos programados periódicos para infusión de diuréticos/inotropos intravenosos.
-Coordinación con Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital de referencia (H. Miguel Servet) para valoración de pacientes candidatos a terapia de resincronización cardíaca y trasplante cardíaco.
- Consulta de enfermería para educación sobre hábitos dietéticos y autocontrol de síntomas.
- Atención telefónica a los pacientes para consultas sobre síntomas y modificaciones de tratamiento.

INDICADORES
- Número de pacientes visto en la consulta del médico.
-Número de pacientes vistos en la consulta de enfermería.
-Número de pacientes ingresados de forma programada para infusión de diuréticos/inotropos.
-Número de llamadas telefónicas atendidas en la consulta.

DURACIÓN
Febrero 2019: Formación de médico+enfermera en una unidad de insuficiencia cardiaca (Hospital Arnau de Vilanova)
Marzo 2019: Apertura de la consulta de Insuficiencia cardiaca (médico+enfermera).
Inicio ingresos programados para infusión de diuréticos/inotropos.
Mayo 2019: Apertura de consulta de Insuficiencia cardiaca de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0873

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON REALIZACIÓN DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1379

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ARTERO BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA BARCOS ADOLFO
ALINS RAMI IGNACIO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
GRACIA AZNAREZ MARIA
BRUN GUINDA DAVID
CORTES IZAGA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un equipo de trabajo formado por 2 Cardiólogos, los cuales nos hemos reunidos en varias ocasiones:

- Marzo 2019: Se revisaron (según los criterios de calidad publicados en la Revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist. 2013;28(4):234-243) y los publicados/recomendados por la Sociedad Española de Cardiología), los consentimientos informados actualmente vigentes en nuestro servicio, para valorar cuántos de ellos incumplían dichos criterios y por tanto tenían que ser modificados y actualizados.
- Abril del 2019: Se modifican y actualizan los consentimientos según los criterios anteriormente descritos.
- Mayo del 2019: Se envían al Comité de Ética Asistencial del Sector Huesca y a la Comisión de Historias Clínicas del H. San Jorge para su valoración.
- Junio-Agosto 2019: Se realizan las modificaciones oportunas recomendadas por ambos comités.
- Septiembre del 2019: Se envían los consentimientos definitivos a la Comisión de Historias Clínicas.

Para facilitar la comunicación y el acceso a los Consentimientos Informados por los Profesionales Sanitarios, la Comisión de Historias Clínicas se ha encargado de su difusión y disposición en formato electrónico en un apartado específico en Intranet del H. San Jorge, al igual que el resto de consentimientos disponibles en el Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Que los Consentimientos Informados actualmente vigentes en nuestro Servicio cumplan los criterios de calidad establecidos por publicaciones anteriores, normativa vigente y la Sociedad Española de Cardiología.

Impacto del proyecto: Que el paciente obtenga una información de calidad en aquellos procedimientos que se realizan en nuestro Servicio y requieren que el consentimiento se dé por escrito (intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos, y aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud de paciente).

Indicadores:

- Número y porcentaje de documentos revisados respecto al número total de documentos en vigor en la actualidad en el Servicio de Cardiología: Se han revisado 14 documentos que son el 100% de los documentos en vigor.
- Número y porcentaje respecto al total de documentos revisados que incumplen los criterios de calidad establecidos: Incumplen algún criterio de calidad 12 documentos, que son el 85,7% de los documentos disponibles.
- Número y porcentaje de documentos que se actualizan según los criterios de calidad y normativa vigente en relación al total de documentos defectuosos: Se han actualizado 12 documentos que son el 100% de los documentos defectuosos.
- Número y porcentaje de documentos disponibles en la intranet, respecto al número total de documentos en vigor en el Servicio, una vez actualizados: En la intranet hay disponibles 14 documentos que son el 100% de los documentos en vigor en nuestro Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actualización de los documentos, así como su disposición en formato electrónico ha sido un proyecto útil no sólo porque el paciente obtiene una información de mejor calidad como se ha explicado antes, sino porque al estar disponible en formato electrónico desde la intranet del hospital es más accesible para todos los profesionales que tienen contacto con el paciente.

Aspectos pendientes: Unificar los consentimientos informados de los pacientes ingresados en este hospital y se les realiza la prueba en otro de la misma comunidad. Actualmente los consentimientos no son los mismos lo que dificulta la información al paciente.

El proyecto es sostenible y precisaría la actualización de los consentimientos cada 5 años.

Posibilidades de replicación: Podría adaptarse a cualquiera de los centros de la Comunidad Autónoma ya que cumplen los criterios de calidad y de nuestra Sociedad Científica con pequeñas modificaciones adaptadas a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1379

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

cada centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1379 ===== ***

Nº de registro: 1379

Título
REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARTERO BELLO PILAR, MARUINA BARCOS ADOLFO, ALINS RAMI IGNACIO, VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA, GRACIA AZNAREZ MARIA, BRUN GUINDA DAVID, CORTES IZAGA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes, prestado después de recibir una información adecuada y que cómo regla general se realizarán de forma verbal, con las siguientes excepciones, en las que será escrito: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente.
En Cardiología se realizan múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos que cumplen éstos requisitos y por lo tanto precisan el documento del consentimiento informado, como por ejemplo el implante de marcapasos definitivo, realización de cardioversión eléctrica, prueba de esfuerzo, ecocardiograma de estrés, etc.
En los últimos años ha habido varios estudios y trabajos sobre la calidad formal de éste documento en nuestro país, añadiendo varios criterios que deben cumplir este documento.
Revisando los documentos de consentimiento informado actualmente vigentes en nuestro servicio hemos observado que llevan varios años sin actualizarse y que la mayor parte de ellos tienen defectos, además parte de ellos son anteriores a la publicación de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente que clarifica algunos aspectos recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986, como el ámbito de las intervenciones en las que se debe obtener el consentimiento o los requisitos que éstos deben cumplir.
Dada la importancia que tienen éstos formularios en el proceso de información médica, es necesario garantizar su calidad, por ello es importante y útil nuestro proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Una vez se actualicen todos los documentos de consentimiento informado, se espera que el paciente pueda recibir una información de mejor calidad.
Se espera que los documentos cumplan con los criterios de calidad establecidos por publicaciones anteriores, normativa vigente y nuestra sociedad científica (la cuál publica cada cierto tiempo una serie de documentos actualizados)
Este proyecto va dirigido a todos los pacientes a los que se les vaya a realizar un procedimiento en el servicio de Cardiología del Hospital San Jorge de Huesca y precise de éste documento previo a su realización y por lo tanto, para que todos los médicos que soliciten dicha prueba puedan acceder a él, va a estar disponible en formato electrónico en intranet

MÉTODO

Para lograr los objetivos, el equipo de trabajo formado por dos personas del servicio de Cardiología vamos a establecer 4 reuniones para valorar (según los criterios de calidad publicados en la revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist.2013;28(4):234-243) y los últimos consentimientos publicados y recomendados por la Sociedad Española de Cardiología), los consentimientos que incumplen los criterios de calidad establecidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1379

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

y por lo tanto están defectuosos y así proceder a su actualización.
Una vez actualizados se someterán a consulta por los componentes del Comité de Ética Asistencial de Huesca y posteriormente por los de la Comisión de Historias Clínicas para su valoración y modificación si fuera necesaria. Se establecerá una reunión para dicho motivo. La comisión de Historias Clínicas se encargará de la difusión y de que estén disponibles en formato electrónico en la intranet.

INDICADORES

Número y porcentaje de documentos revisados respecto al número total de documentos en vigor en la actualidad en el servicio de Cardiología.
Número y porcentaje respecto al total de documentos revisados que incumplen los criterios de calidad establecidos.
Número y porcentaje de documentos que se actualizan según los criterios de calidad y normativa vigente en relación al total de documentos defectuosos.
Número y porcentaje de documentos disponibles en la intranet, respecto al número total de documentos en vigor en el servicio, una vez actualizados los documentos.
Fuente de datos: criterios de calidad publicados en la revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist.2013;28(4):234-243) y los últimos consentimientos publicados y recomendados por la Sociedad Española de Cardiología),

DURACIÓN

Durante los meses de mayo y junio 2019, se van a establecer las 4 reuniones entre 2 Cardiólogos (Pilar Artero y M^a Teresa Villarroel) para revisión y actualización de los consentimientos.
Julio, Agosto y Septiembre 2019, se enviarán al Comité de Ética Asistencial de Huesca y Comisión de Historias Clínicas para su valoración.
Octubre 2019: se realizará las modificaciones oportunas que se nos hayan recomendado para elaborar los documentos definitivos
Noviembre del 2019: Se enviarán los definitivos a la Comisión de Historias Clínicas para su difusión y su disposición en formato electrónico en la intranet.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE SEF SAUDI MORO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABADIA FORCEN MARIA TERESA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
GODED BROTO IGNACIO
TALAL EL-BUR ISSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo para la recogida de datos y sobre el uso, necesidad y bases fisiológicas del uso de la terapia VAC. En el figuran dos formularios. El primero consta de cuatro secciones donde se recogen y analizan las condiciones generales del paciente y del defecto: 1. Datos de filiación; 2. Perfil de la herida; 3. Dimensiones de la herida; 4. Prescripción facultativa.

El segundo formulario, también con cuatro secciones, es sobre el control mensual del tratamiento con VAC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de un estudio observacional prospectivo. Estamos a la espera de alcanzar el tamaño muestral definitivo en los próximos meses para proceder a realizar el análisis estadístico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente alcanzar el número necesario de casos para proceder a realizar el correspondiente análisis estadístico.

A lo largo del año, el dispositivo VAC ha cambiado de laboratorio (Smith & Nephew), por lo que hemos sufrido un discreto retraso en la recogida de datos.

El proyecto sigue siendo absolutamente viable.

La valoración del equipo a la espera del análisis estadístico es muy favorable dada la buena evolución clínica de los pacientes, con menor incidencia de herida quirúrgica infectada, menor estancia hospitalaria y mejor manejo domiciliario del paciente.

La evidencia científica disponible, junto a la experiencia inicial de algunos servicios, sugiere que la Terapia de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM puede ser especialmente útil en Cirugía General, tanto en el tratamiento de heridas subagudas (dehiscencias), como en procesos agudos que precisen de tratamiento mediante cierre diferido (abdomen abierto).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/80 ===== ***

Nº de registro: 0080

Título
PROCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

Autores:
SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO, PEREZ ZAPATA ANA ISABEL, BORAO MUÑOZ ELENA, BAQUE SANZ FERNANDO, GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C.® (V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

PROBLEMA

El sistema de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM es una terapia no invasiva, controlada, que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando el tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana. En los últimos años, la Terapia de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM se ha presentado como una nueva alternativa terapéutica, especialmente efectiva en el caso de heridas agudas, subagudas y crónicas de distinta etiología. El dispositivo V.A.C.® THERAPYTM emplea un sistema de presión subatmosférica a partir de un apósito en forma de esponja adaptable a las características individuales de cada herida. El tamaño de los poros de la esponja se encuentra entre 400 y 600 nm., unido a un tubo de drenaje que va a promover su colapso y mantener las condiciones de presión subatmosférica de forma continua o intermitente y uniforme en toda la herida. Últimamente, se ha planteado el uso de terapias, supuestamente "similar", con gases empaquetadas sobre la herida. Respecto a esto, debemos recalcar que los fundamentos científicos de V.A.C.® THERAPYTM se basan en el uso del sistema de tratamiento integrado. Este sistema consta de mecanismos de acción de probada eficacia que actúan tanto a nivel de los tejidos (MACROTENSIÓN) como de las células (MICROTENSIÓN). La Macrotensión es la alteración visible que se produce cuando la presión negativa contrae el apósito de espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM, lo que aproxima los bordes de la herida. Además V.A.C.® THERAPYTM elimina el exudado, reduce el edema y favorece la perfusión. La Microtensión se produce a nivel de las células y provoca su estiramiento debido al contacto de la espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM con el lecho de la herida

RESULTADOS ESPERADOS

El VAC debe ser considerado como una herramienta de apoyo fundamental en el tratamiento quirúrgico de pacientes que presentan heridas complejas, donde han fracasado o fracasarán, la cirugía o los tratamientos conservadores convencionales. Adelantarlos a éstos fracasos, hará realmente rentable (desde el punto de vista coste/beneficio y fundamentalmente para la buena evolución clínica del paciente) la utilización del VAC para el paciente y el Hospital. Con el objetivo principal de un tratamiento óptimo en:
Heridas agudas.
Dehiscencia de herida quirúrgica
Injertos mallados de ubicación difícil.
Úlceras crónicas profundas.
Úlceras crónicas superficiales.
Colgajos con compromiso vascular

MÉTODO

Responsables del equipo: Dr. Saudí y Dra. Abadía quienes coordinarán y supervisarán la recogida de datos y la evolución clínica de todos los pacientes; siendo el facultativo que prescribe el dispositivo el responsable directo del paciente, de su colocación, curas y evolución clínica. Los pacientes tal y como figura en el protocolo serán seguidos en nuestras consultas externas de Cirugía General, hasta la resolución clínica.

INDICADORES

Para ello se han diseñado dos formularios (con cuatro secciones cada uno) que se deben ser completados por los facultativos del Servicio de Cirugía (los ocho miembros) que forman parte de este proyecto de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud:
FORMULARIO 1.- Formulario para la prescripción de la V.A.C.® THERAPYTM. Valoración de las condiciones generales del paciente y del defecto
SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE
SECCIÓN 2.- PERFIL DE LA HERIDA (Si se va a tratar más de una herida será necesario rellenar un formulario adicional por cada una de ellas)
SECCIÓN 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son irregulares, documente la dimensión mayor)
SECCIÓN 4.- PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA
FORMULARIO 2. PARA EL CONTROL MENSUAL DEL TRATAMIENTO CON LA V.A.C.® THERAPYTM*
SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE
SECCION 2.- DATOS GENERALES
SECCION 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son Irregulares, documente la dimensión mayor)
SECCION 4.- INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO (Indique la causa de la interrupción del tratamiento)
Todos los datos recabados serán incluidos en una base de datos y tratados desde un punto de vista estadístico con el SPSS versión 22.0.0.0

DURACIÓN

Este servicio de Cirugía General y sus facultativos, dispone de todo el equipamiento necesario, para su puesta en marcha. Conocen la técnica y requisitos para la inclusión de pacientes. Por nuestra parte con objeto de poder medir los resultados
Fecha de Inicio: 2 de Noviembre de 2.016
Fecha de Fin: 30 de Junio 2.017
Análisis estadístico, confección y presentación de resultados: 1 Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Se envió de forma detallada todo el protocolo que consta de 53 folios, donde figuran todos los flujo-gramas, esquemas, tablas de inclusión y exclusión de pacientes... Y se detalla de forma muy pormenorizada y exhaustiva el protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPY™; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

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 - 2016/0101

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE JUAN RAMON GOMEZ SUGRAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUASCH MARCE MONTSERRAT
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
ROLDON GOLET MARTA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica en el Servicio de Cirugía General y Servicio de Urgencias
Comunicación oral en las jornadas científicas del Hospital San Jorge

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 61% presentaban más de 9 puntos en la escala de Alvarado, por lo tanto, una alta probabilidad de apendicitis aguda

La PCR fue positiva en el 84 % de los pacientes.

Se registraron un 79 % de apendicitis aguda confirmas por A-P, el resto fueron "blancas".

La sensibilidad de la escala de Alvarado modificada (Escala más PCR) és mayor (0.97 versus 0.88) y su especificidad es menor (0.2 versus 0.47)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La escala diagnóstica de Alvarado modificada (Escala más PCR), puede ser una herramienta muy útil para mejora la eficiencia diagnóstica de la apendicitis aguda.

El uso sistemático en la práctica clínica de esta escala modificada podría disminuir la realización de pruebas de imagen complementarias para el diagnóstico de apendicitis aguda y así, reducir los costes económicos sanitarios que conlleva

7. OBSERVACIONES.

Se ha ampliado la base de datos de forma prospectiva

El primer trimestre del año 2018 realizar la estadística para la obtención de más resultados y conclusiones.

Según los resultados se planteará la realización de un protocolo y la vía clínica el diagnóstico eficiente de apendicitis aguda

*** ===== Resumen del proyecto 2016/101 ===== ***

Nº de registro: 0101

Título
OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

Autores:
GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON, GUASCH MARCE MONTSERRAT, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, ROLDON GOLET MARTA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA

La eficiencia diagnóstica es uno de los parámetros principales que evalúa la calidad de la atención hospitalaria de una institución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0101

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

En cuanto a cirugía se refiere, la apendicitis aguda es, sin duda, la patología urgente más frecuente a la que se enfrenta un Servicio de Cirugía General. Con la intención de disminuir las implicaciones en términos de coste económico y las complicaciones quirúrgicas en pacientes con dudas diagnósticas de apendicitis o en pacientes con apendicitis complicada, se han incorporado diversos estudios de imagen, laboratorio y técnicas laparoscópicas que contribuyen al aumento de la efectividad en el diagnóstico y eventual tratamiento de la apendicitis aguda. La escala de Alvarado es un índice para el diagnóstico de apendicitis aguda que es factible, ya que así se ha demostrado en estudios previos, permitiendo la identificación de pacientes con una posible apendicitis aguda que requieren cirugía urgente. La aplicación de esta escala disminuye consecuentemente el margen de error diagnóstico y por lo tanto sus posibles implicaciones legales y económicas. Los índices diagnósticos también permiten en el grupo de enfermos de mayor edad, donde la exploración física y la clínica suelen ser más inespecíficos, indicar de forma más precisa la necesidad del uso de pruebas de imagen.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo de este proyecto es optimizar el uso de pruebas complementarias para el diagnóstico de una patología, en la que en el momento actual, la exploración física y la clínica siguen siendo prioritarias. Se espera que mediante el uso de la escala Alvarado modificada se consiga disminuir la necesidad de emplear pruebas complementarias para el diagnóstico de apendicitis aguda, sobre todo en el grupo de pacientes de mayor edad, ya que son los que requieren con más frecuencia el uso de pruebas de imagen para una mejor orientación diagnóstica. El segundo objetivo es redactar y aplicar un protocolo y una vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo de validación.

MÉTODO

Realizar un estudio retrospectivo de nuestra práctica diaria, recogiendo datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde Enero del 2014 a Junio del 2016. Se recogerán todos los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, basándonos en los criterios de la escala Alvarado modificada, ya que, se incluye la PCR y el fibrinógeno como reactantes de fase aguda. Evaluar la sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica de un índice diagnóstico de apendicitis modificado de la descripción original de Alvarado y correlacionar la eficacia del mencionado índice con los estudios diagnósticos realizados y con los resultados histopatológicos de los pacientes sometidos a cirugía por sospecha de apendicitis aguda.

INDICADORES

El hecho de asumir la eficiencia diagnóstica como un fenómeno medible numéricamente es realmente un reto. Se aplicarán criterios aceptados para la evaluación de la calidad de diagnóstico ante la sospecha de apendicitis en estudios clínicos, que son: tasa de apendicectomía negativa por informe anatomopatológico de 5%; tasa de laparotomía negativa de 10%; tasa de perforación potencial de 35%; tasa de perforación no diagnóstica de 15%; y tasa de apendicitis no diagnosticada de 5%.

DURACIÓN

Se han recogido todos los datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde enero del 2014 a junio del 2016. A partir de octubre de 2016, en función de la base de datos y cálculos estadísticos, se redactará y aplicará un protocolo y vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo, a partir de enero de 2017, de validación de la utilidad de la escala de Alvarado modificada y en consecuencia, la optimización de pruebas complementarias para su diagnóstico; especialmente en la población de mayor edad.

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 - 2016/1027

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE VANESA ZAMBRANA CAMPOS
· Profesión MIR
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GODED BROTO IGNACIO
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
RUBIO BARLES PEDRO JAIME
CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO
MORROS DIAZ EMILIO
NAVARRO PEREZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones trimestrales para la puesta en común de bibliografía con las últimas recomendaciones en el tratamiento de la pancreatitis aguda. El objetivo final es la elaboración de un protocolo de actuación para el manejo adecuado del paciente ya que requiere la actuación multidisciplinar conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a la extensión de la patología y sus distintos grados con líneas terapéuticas diferentes, todavía se está elaborando el protocolo y no se ha puesto en marcha. Creemos que puede tener un impacto positivo en el sistema nacional de salud ya que implicaría ahorro de recursos al disminuir la estancia hospitalaria y disminuir el número de reingresos. Para poder analizarlo se recogerán datos relacionados con los días de estancia hospitalaria y resultados de morbimortalidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, deberemos terminar de realizar el protocolo para empezar a aplicarlo. Ha quedado pendiente su finalización y su puesta en marcha. Creemos que puede ser importante su realización para optimizar el tratamiento del paciente y mejorar datos de morbimortalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1027 ===== ***

Nº de registro: 1027

Título
MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ZAMBRANA CAMPOS VANESA, CUARTERO CUENCA BERTA, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, RUBIO BARLES PEDRO JAIME, CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO, MORROS DIAZ EMILIO, NAVARRO PEREZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por dolor abdominal de intensidad relevante y elevación de enzimas pancreáticas. En España se estima una incidencia aproximada de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1027

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

350 casos por millón de habitantes y año. Actualmente una PA se clasifica como leve (ausencia de complicaciones), moderada (complicaciones locales y/o fallo orgánico de duración menor de 48 h) y grave (fallo orgánico de duración mayor de 48 h) (Criterios de Atlanta revisados). Un 33% de los casos de PA evolucionan hacia formas moderadas o graves y es en ellos donde se concentran las mayores tasas de mortalidad (25-30%) debido primordialmente a fracaso persistente de órganos y/o complicaciones sépticas. Hoy en día, un abordaje avanzado de la PA en todos sus espectros de gravedad exige a menudo la labor coordinada e interdisciplinar de numerosos colectivos de profesionales incluyendo el propio staff de Urgencias, gastroenterólogos, endoscopistas avanzados, cirujanos, anestesiólogos, intensivistas, radiólogos y expertos en nutrición, así como personal de enfermería especializado. El objetivo de este proyecto es constituir un equipo de especialistas capaces de desarrollar un protocolo que garantice un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente de aquellos casos con factores predictivos de evolución desfavorable.

RESULTADOS ESPERADOS

(1) Potenciar una cultura de pacto y cooperación inter-servicios para un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente en sus formas moderada y grave (2) Consensuar criterios homogéneos de actuación respecto a los procedimientos diagnósticos necesarios para confirmar el diagnóstico, etiología y gravedad, en orden a las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica (GPC); (3) Favorecer que el manejo de la PAMG: médico-intensivo, endoscópico, quirúrgico y nutricional se halle en concordancia con lo establecido en los documentos de consenso y que las actuaciones pertinentes se llevan a cabo de forma precoz y en el momento indicado; (4) Iniciar un registro de casos (base de datos) que permita tabular información que pueda ser implementada con fines de investigación con el consentimiento preceptivo del paciente.

MÉTODO

La elaboración del protocolo se llevará a cabo de acuerdo con un modelo estándar o de referencia asegurando que cumple los criterios de calidad pertinentes tanto en la definición del problema y de la población diana, como en la selección de las personas involucradas en su diseño, la idoneidad de la evidencia, la claridad y precisión del documento, los recursos necesarios para su aplicabilidad, así como su evaluación y medida de impacto. Las fases fundamentales del protocolo que se prevé llevar a cabo se resume en las siguientes acciones: (1) Constitución del equipo; (2) Revisión de la evidencia y grados de recomendación; (3) Elaboración del documento; (4) Revisión crítica del documento por los miembros del Grupo; (5) Intervención de revisores externos con acreditada experiencia en el tema tratado; (6) Validación definitiva del documento y (7) Aplicación y monitorización. Temas que serán objeto de especial interés en el documento serán los siguientes: (1) Definición de términos clave; (2) Procedimientos diagnósticos; (3) Evaluación de la gravedad; (4) Control del dolor abdominal; (5) Medidas de Reanimación; (6) Nutrición; (7) Empleo de antibióticos; (8) Diagnóstico y manejo de las complicaciones locales; (9) Manejo de los pacientes con PA asociada a cálculos biliares; (10). Aspectos relacionados con la Ética Asistencial. Igualmente el Documento hará referencia a la idoneidad en la dotación de personal y equipamiento del Centro necesarios para la atención de estos pacientes y el momento en que un paciente con PA debería ser trasladado a un Centro de referencia para la realización de una técnica o procedimiento no disponible en el hospital de origen.

INDICADORES

- 1) % de casos en quienes los procedimientos diagnósticos fueron llevados a cabo en el tiempo establecido en el protocolo.
- 2) % de casos en quienes se aplicaron scores validados predictivos de gravedad.
- 3) % de casos en quienes se aplicaron las medidas de reanimación y control del dolor de acuerdo a los estándares reflejados en el documento (ERD).
- 4) % de casos en quienes el soporte nutricional se llevó a cabo de acuerdo a los ERD.
- 5) % de casos en quienes los procedimientos terapéuticos (drenajes -necrosectomía) se llevaron a cabo en orden a los ERD.
- 6) % de casos que han sido incluidos en el registro diseñado para este fin.

DURACIÓN

- 1) Constitución del equipo, revisión de la evidencia y redacción del documento: octubre 2016-marzo de 2017; (2) Aplicación, registro y monitorización (abril 2017-diciembre 2017).

OBSERVACIONES

(1) Además de los facultativos mencionados en el apartado (Responsable/colaboradores), consideramos primordial la inclusión de la Dra Arantazu Lander Azcona (Intensivista) si ello es posible (alander@salud.aragon.es). (2) Aparezco como responsable en otro proyecto sobre implementación del Proyecto INFOGASTRUM en los Centros de Salud del sector sanitario de Huesca. En caso de incompatibilidad, pueden retirarme y poner como responsable del INFOGASTRUM a cualquiera de los colaboradores que aparecen en el proyecto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE SEF SAUDI MORO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABADIA FORCEN MARIA TERESA
TALAL EL-ABUR ISSA
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La urokinasa es una proteína que activa el plasminógeno formando plasmina, una proteasa activa que degrada, proteínas, la fibrina. Existen diferencias en las técnicas de drenaje percutáneo: distintos tipos de catéteres, distintos métodos de imágenes para guiar el drenaje y distinto manejo de los catéteres de drenaje. La mayoría de los estudios que evaluaron técnicas de drenaje percutáneo no fueron controlados, por lo que no está establecido cual es el mejor método. Actualmente los radiólogos consideran que todos los métodos por imágenes son útiles para guiar el drenaje, aunque muchos prefieren la tomografía computada para realizar el procedimiento y el seguimiento del absceso.

Nuestro estudio incluyó 10 pacientes, entre 38 y 81 años, con abscesos que requirieron drenaje percutáneo. Se consideró absceso a toda colección de líquido con cultivo positivo o que según el criterio clínico necesitaba tratarse como absceso (los pacientes que habían recibido antibióticos podían tener líquidos con cultivos negativos). Los pacientes fueron tratados en las primeras 24 horas colocando el catéter de drenaje. Se excluyeron los abscesos pancreáticos por el riesgo de tratarse un pseudoquistes (frecuentemente tienen pseudoaneurismas en su interior que pueden romperse con los fibrinolíticos). También se excluyeron los pacientes con tumores, malformaciones arteriovenosas, con coagulopatía e hipersensibilidad a la urokinasa. Durante 4 días, desde la colocación del catéter de drenaje, se administró solución salina o urokinasa con intervalos de 8 horas. La dosis de urokinasa dependía del tamaño del absceso: 1-3 cm:12500 U/3ml), 3-5cm:25000 U(5ml);5-10 cm:50000U(10ml);mas de 10cm:100000 U(10ml). Después de administrada la urokinasa se limpiaba el catéter con solución salina y posteriormente se clampa durante 15 minutos y se dejaba drenar el contenido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se definió exitoso cuando había una resolución completa del absceso según el examen físico y un laboratorio normal y no se necesitó de otra intervención para lograr la curación. El catéter se retiraba cuando el drenaje era menor del 10 ml/día en 3 días consecutivos.

Localización	Número
Peritoneales	4
Retroperitoneales	1
Parenquimatosos	2
Hematomas Infectados	3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el tiempo en que se llevó a cabo este estudio (Mayo- Noviembre 2018), dadas las características demográficas de la población de estudio, no se incluyeron un número suficiente de pacientes para analizar la influencia de factores como el tamaño del absceso, las características del mismo (tabicación, hematoma, etc.), la localización, el tamaño del catéter utilizado o el método de drenaje (succión o gravedad). Hemos observado que el tratamiento con Uroquinasa tuvo un tiempo de ingreso hospitalario promedio menor y un menor costo total y diario, con respecto al tratamiento clásico.

La crítica principal que puede hacerse a este trabajo es el número pequeño de pacientes estudiado, que impide un análisis completo de las variables que influyen en el tratamiento y resta fuerza estadística a los resultados. Es necesario realizar estudios con más pacientes para mejorar la significación estadística de los resultados. Un sesgo importante de este estudio es que no se empleó un sistema doble ciego, esto puede influir en el resultado. No se informan efectos adversos con la utilización de urokinasa, se asume que no los hubo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/200 ===== ***

Nº de registro: 0200

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Autores:
SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, TALAL EL-ABUR ISSA, ZAMBRANA CAMPOS VANESA, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, ROLDON GOLET MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESCRIPCIÓN: La urokinasa es una enzima producida por los riñones, utilizándose cultivos de células renales humanas para producir esta sustancia. Debido a que es un producto endógeno, las reacciones de hipersensibilidad son menos frecuentes que con la estreptoquinasa, aunque esta última es mucho más barata. MECANISMO DE ACCIÓN La urokinasa ejerce su acción sobre el sistema fibrinolítico endógeno para convertir el plasminógeno a plasmina rompiendo directamente el enlace arginina-valina en el plasminógeno. La plasmina degrada la fibrina y el fibrinógeno y también los factores procoagulantes V y VIII. Los productos de degradación de la fibrina y del fibrinógeno ejercen un efecto anticoagulante clínicamente significativo, que se mantiene en la circulación durante unas 24 horas. Como resultado de la disminución de los niveles plasmáticos de fibrinógeno, la urokinasa también reduce la agregación plaquetaria y la viscosidad de la sangre. FARMACOCINÉTICA Los efectos trombolíticos disminuyen pocas horas después de la administración, pero los efectos anticoagulantes se mantienen durante 24 horas. No se sabe en que extensión la urokinasa atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche. La semi-vida plasmática es de unos 20 minutos con un rápido aclaramiento hepático.

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar cuidados de calidad y seguridad al paciente con heridas quirúrgicas anfractuosas de larga evolución. Optimizar recursos materiales y carga asistencial aportando valor a la organización y disminuyendo costes. Aumentar la satisfacción de los pacientes

MÉTODO
1.- Identificar aquellas heridas quirúrgicas complicadas susceptibles de tratamiento desbridante con Urokinasa® y notificarlo a la Supervisora de Enfermería o/y al Cirujano.
2.- El Cirujano comprobará en la Historia Clínica los siguientes datos:
a) DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE
b) DATOS DE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE
c) DATOS TÉCNICOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
d) DATOS del día y de los parámetros DE LA ÚLTIMA ANALÍTICA realizada
e) Anotar la medicación y el tipo de dieta que lleva pautado el paciente
f) Anotar la existencia o no de TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA
g) Anotar la existencia o no de CULTIVOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
3.- Las curas se realizarán CADA 12-24 HORAS según las siguientes indicaciones, pero se debe de INDIVIDUALIZAR CADA CURA SEGÚN CRITERIO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INDICADORES
1.- El personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico, tomará CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS de la herida quirúrgica PREVIOS a la cura diaria (del turno de mañanas) en los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.
2.- Realizar ANALÍTICA con carácter NORMAL, los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®, por el personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico Residente y en la que deben de figurar los siguientes parámetros: Hemograma, bioquímica, coagulación, ESTUDIO NUTRICIONAL, estudio de la función hepática, función renal y estudio metabólico del hierro
3.- El Médico FOTOGRAFIARA de la herida quirúrgica previamente a la cura diaria de los días 1º, 3º, 5º, 8º, 10º y 15º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.

DURACIÓN
Fecha de Inicio "recogida de pacientes": 2 de Mayo 2.018
Fecha Fin "recogida de pacientes": 2 Noviembre 2.018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Recogida de pacientes: 6 meses
Análisis de Resultados: Noviembre 2018
Presentación de Resultados: 13 Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Corrección del proyecto 2018_0197 (Contrato Programa) en el cual se me solicita se me indica que supero el numero de caracteres.
Solicito una vez corregido su admisión.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1225

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA GONZALEZ SANAGUSTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO ALAGON TRINIDAD
GALINDO LANUZA MARIA DOLORES
ARA REY ANA CRISTINA
MORLAN POCIELLO SARA
GARULO GRACIA DANIEL
GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMIA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-
SE HA FORMADO EL DÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24-48 HORAS DE LA INTERVENCIÓN.
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL DÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.
? TODOS LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1225 ===== ***

Nº de registro: 1225

Título
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Autores:
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA, CALVO ALAGON TRINIDAD, GALINDO LANUZA MARIA DOLORES, ARA REY ANA CRISTINA, ZAZO CEBOLLERO CLARA ISABEL, MORLAN POCIELLO SARA, GARULO GRACIA DANIEL, GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN SANITARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24-48 HORAS TRAS LA INTERVENCIÓN, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCIÓN, DE LAS ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGÍA Y LA EDUCACIÓN EN LA DIETA QUE SE ACONSEJA SEGUIR TRAS UNA COLECISTECTOMÍA.
POR ESO, VAMOS A REALIZAR ESTE TRÍPTICO INFORMATIVO.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1225

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

- QUE LA PERSONA INTERVENIDA MANIFIESTA QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISARÁ EN SU DOMICILIO.
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24-48 HORAS.
- DAR CONFIANZA AL PERSONAL QUE LE ATIENDE EN EL HOSPITAL, RESOLVIENDO TODAS SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
- TODO PACIENTE COLECISTECTOMIZADO SE IRÁ A SU DOMICILIO CON EL TRÍPTICO.

MÉTODO

- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO.
- REALIZACIÓN DE REUNIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO, PARA CONOCIMIENTO DEL PROYECTO.

INDICADORES

- EL 100% DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

DURACIÓN

DE JUNIO A SEPTIEMBRE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMÍA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.

DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018: REUNIONES PARA REALIZAR EL TRÍPTICO INFORMÁTICO.

DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFÍA EL TRÍPTICO Y DARLO A CONOCER AL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MELODY GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión MIR
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TALAL EL ABUR ISSA
SAUDI MORO SEF
ABADIA FORCEN MARIA TERESA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
MONTORO HUGUET MIGUEL
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes afectados de diverticulitis colónica aguda leve (no complicada) podrían beneficiarse del tratamiento ambulatorio si se dan las condiciones idóneas. Hemos utilizado como base para este trabajo los criterios empleados en el estudio epidemiológico retrospectivo, analítico y observacional sobre las diverticulitis agudas tratadas en el Hospital General San Jorge entre los años 2007 y 2017. Empleando los criterios clínicos y radiológicos definitivos, hemos incluido a 22 pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada (grado Hinchey Ia) entre el 1 de abril y el 31 de diciembre de 2019. Hemos excluido a los pacientes que, aunque tuvieran una alta sospecha clínica de diverticulitis aguda leve, no se les había realizado ninguna prueba radiológica de confirmación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estancia media (días de permanencia del paciente diagnosticado de diverticulitis aguda no complicada en régimen de hospitalización ocupando una cama): 6,85 días.
- % de hospitalizaciones por diverticulitis aguda no complicada respecto a los datos de los años previos: en el periodo de estudio, ha habido un 57,1% más de ingresos por diverticulitis aguda no complicada que el mismo periodo del año 2017 (22 ingresos en 2019 frente a 14 en 2017); al igual que ha habido un 29,4% más de ingresos por diverticulitis aguda no complicada que el mismo periodo del año 2016 (22 ingresos en 2019 frente a 17 en 2016).
- % de ingresos potencialmente evitables (pacientes que, dadas sus características, podrían haberse beneficiado de un manejo ambulatorio): 63,6%. Tras una valoración individualizada, los 22 pacientes fueron ingresados para realizar un tratamiento antibiótico endovenoso inicial. De ellos, 8 presentaban comorbilidades que hacían dudar de la idoneidad del manejo ambulatorio, pero los 14 pacientes restantes cumplían criterios de selección y podrían haber sido subsidiarios de un manejo terapéutico ambulatorio según las pautas establecidas en la literatura médica.
- Tasa de reingreso en Urgencias (% de pacientes que vuelven a acudir al Servicio de Urgencias por ausencia de mejoría clínica dentro del mismo episodio): 0%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dadas las características clínicas y los datos sobre comorbilidad de los pacientes que fueron ingresados por diverticulitis aguda no complicada en el Hospital San Jorge de Huesca, entre los meses estudiados del año 2019, en el 63,6% se podría haber planteado un manejo ambulatorio basado en tratamiento antibiótico oral y dieta libre de residuos, con un control y seguimiento clínico efectuado por su médico de atención primaria. Aunque probablemente se requiera un estudio más amplio en nuestro medio, los datos obtenidos sugieren que el manejo ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada es factible y seguro, planteándonos realizar en el futuro un protocolo de tratamiento ambulatorio de esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/857 ===== ***

Nº de registro: 0857

Título
MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

Autores:
GARCIA DOMINGUEZ MELODY, TALAL EL ABUR ISSA, SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO, ROLDON GOLET MARTA, MONTORO HUGUET MIGUEL, SARVISE LACASA FERNANDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diverticulosis colónica afecta a aproximadamente el 50% de las personas mayores de 60 años y su prevalencia aumenta con la edad. La mayoría de los afectos permanecen asintomáticos (75-85%), estimándose entre el 15% y el 25% la tasa general de diverticulitis sintomática a lo largo de la vida; la incidencia de diverticulitis aguda es mayor en mujeres que en hombres (98,6/100.000 frente a 76,3/100.000 habitantes)*. La tasa de hospitalización secundaria a diverticulitis ha registrado un incremento en las últimas décadas (91,9/100.000)*. La infección peridiverticular que resulta de la perforación (macroscópica o microscópica) de un divertículo puede variar desde una diverticulitis leve (no complicada) que puede tratarse ambulatoriamente en condiciones idóneas, hasta una perforación libre con peritonitis difusa que requiere tratamiento quirúrgico urgente. Se pretende establecer una mejora en el manejo de los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada.

* Clin Gastroenterol Hepatol. 2016; 14 (1): 96-103.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la tasa de ingresos por diverticulitis aguda no complicada (grado Hinchey Ia).
- Minimizar la morbilidad asociada al ingreso, disminuyendo la carga asistencial en los servicios hospitalarios.
- Aumentar el confort y la satisfacción de los pacientes tratados de forma ambulatoria.

MÉTODO

Hemos realizado un estudio epidemiológico retrospectivo, analítico y observacional a partir de una base que recoge los datos clínicos de los pacientes con los diagnósticos de diverticulitis aguda izquierda (colon descendente y sigma) no complicada y complicada, que fueron ingresados y tratados en el Hospital General San Jorge de Huesca desde Enero de 2007 hasta Diciembre de 2017. Todos los pacientes incluidos en el estudio habían sido diagnosticados mediante el empleo de una prueba de imagen radiológica (ecografía o tomografía computarizada) asociada a los criterios clínicos definitorios (dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda). Excluimos a los pacientes ingresados bajo la sospecha diagnóstica inicial de diverticulitis aguda y que tras un exhaustivo estudio cambiaron el diagnóstico a otro. No hemos establecido límites de edad.

La base de datos contiene variables clínicas individuales, relacionadas con el tratamiento durante el ingreso y con la incidencia de complicaciones durante el mismo.

Los resultados extraídos del análisis estadístico de estas variables (edad de los pacientes, comorbilidad, gravedad del episodio, incidencia de complicaciones...) podrían extrapolarse para ayudar en la selección de aquellos pacientes que se beneficiarían de un tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada.

Acciones: Para ello, los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada (clínica y radiológicamente) en el Servicio de Urgencias y que cumplan criterios de tratamiento ambulatorio (ausencia de fiebre y de signos de afectación sistémica, ausencia de restricciones para la ingesta alimentaria, dolor abdominal controlable con analgesia oral, ausencia de comorbilidades importantes, embarazo e inmunosupresión, ausencia de alteraciones analíticas importantes, y presencia de buen soporte socio-familiar) serán valorados y seleccionados individualmente para el manejo ambulatorio. Este manejo consiste en una dieta líquida libre de residuos y antibióticos orales de amplio espectro administrados de 7 a 10 días.

Las pautas antibióticas más empleadas son aquellas consistentes en amoxicilina-clavulánico (1gr/ 8h vía oral) o ceftriaxona (1gr/ 24h) + metronidazol (500mg/ 8h vía oral); o en caso de alergia a betalactámicos, ciprofloxacino (500mg/ 12h vía oral) + metronidazol (500mg/ 8h).

El control y el seguimiento será clínico y lo efectuará el médico de atención primaria hasta la resolución del cuadro clínico o hasta la finalización del tratamiento antibiótico. En caso de detectar cualquier complicación, el paciente sería nuevamente enviado al Servicio de Urgencias para su valoración.

INDICADORES

Para evaluar los resultados emplearemos los siguientes indicadores de calidad, pues son los que más se ajustan a nuestros objetivos:

- Estancia (días de permanencia del paciente diagnosticado de diverticulitis aguda no complicada en régimen de hospitalización ocupando una cama).
- % de reducción de hospitalizaciones por diverticulitis aguda no complicada respecto a los datos de los años previos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

- % de ingresos potencialmente evitables (pacientes que, dadas sus características, podrían haberse beneficiado de un manejo ambulatorio).
- Tasa de reingreso en Urgencias (% de pacientes que vuelven a acudir al Servicio de Urgencias por ausencia de mejoría clínica dentro del mismo episodio).

DURACIÓN

Aplicación, registro y monitorización: 1 abril de 2019- 31 de diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0858

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ISSA TALAL EL ABUR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
SAUDI MORO SEF
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un estudio prospectivo recogiendo las variables correspondientes a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de septiembre de 2019 (6 meses) de hernias de la pared abdominal, incluyendo como tales las siguientes: inguino-cruales, umbilicales, epigástricas y eventraciones pequeñas.

Hemos empleado los criterios comunes básicos empleados para el alta precoz por las diferentes unidades de cirugía mayor ambulatoria existentes a nivel nacional:

Criterios clínicos: tolerancia a la ingesta alimentaria (si/no), deambulación (si/no), micción espontánea (si/no) y control del dolor con analgesia oral (si/no).

Criterios socio-familiares: facilidad del acceso al domicilio (si/no) y presencia de familiares o acompañantes que se puedan hacer cargo del paciente durante el postoperatorio inmediato (si/no).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos estudiado a 82 pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada por presentar hernias de la pared abdominal en el periodo del estudio. Indicadores:

% de pacientes que cumplen criterios para ser candidatos a alta precoz/ los pacientes con hernioplastia programada: 79,3% (65/82) de los pacientes cumplían los criterios definidos para recibir el alta hospitalaria la misma tarde de la intervención quirúrgica.

% de pacientes que presentan una o más complicaciones en el postoperatorio inmediato/ los pacientes intervenidos: 20,7% (17/82).

% de pacientes con alta precoz/ total de pacientes intervenidos de hernioplastia. No se pudo evaluar este indicador.

% de pacientes satisfechos o muy satisfechos con el alta precoz (o con el confort)/ total de pacientes con alta precoz. No se pudo evaluar este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En vistas a los resultados expuestos anteriormente, el 79,3% de los pacientes podrían ser candidatos a un alta precoz, lo cual tendría consecuencias positivas para su recuperación postoperatoria, además del potencial ahorro de recursos económicos sanitarios. Sería interesante realizar un estudio más amplio que incluyera indicadores económicos para comprobar con mayor evidencia los beneficios que puede aportar el establecimiento de una unidad de cirugía mayor ambulatoria para el tratamiento de las hernias de la pared abdominal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/858 ===== ***

Nº de registro: 0858

Título
ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

Autores:
TALAL EL ABUR ISSA, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, SAUDI MORO SEF, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, UTRILLA FORNALS ALEJANDRA, SARVISE LACASA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0858

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las hernias de la pared abdominal representan un volumen muy amplio de la práctica diaria del cirujano general, así como un problema para la calidad de vida de los pacientes y un desafío terapéutico. A pesar de la frecuencia de esta intervención, ningún cirujano logra resultados ideales y se siguen observando complicaciones, como dolor postoperatorio, lesiones nerviosas, infecciones y recidivas. Una hernia consiste en protrusión anómala de un órgano o tejido a través de un defecto fijado en alguna de las paredes circundantes. Aunque la hernia pueda aparecer en diversos lugares, estos defectos se observan con más frecuencia en la pared abdominal, sobre todo en la región inguinal. Se estima que el 5% de la población general sufrirá una hernia de la pared abdominal, pero es posible que la prevalencia sea aún mayor. Cerca del 75% de todas las hernias se dan en la región inguinal. La prevalencia de las hernias aumenta con la edad, sobre todo la de las inguinales, umbilicales y femorales¹. Un aspecto importante en la mejora del proceso terapéutico de estos pacientes radica en su precoz incorporación a las actividades básicas de la vida diaria. En este punto ha jugado un papel fundamental la instauración paulatina de unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), con sus indiscutibles ventajas (reducción de gastos a nivel global, aumento de la eficiencia de los medios sanitarios, disminución de las estancias hospitalarias y mejoría de la satisfacción y el confort de los pacientes)². En estos momentos, nuestro Servicio de Cirugía General carece de un programa de cirugía mayor ambulatoria.

1Sabiston. Cirugía General y del aparato digestivo. 19ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

2Recart A. Ambulatory surgery. A new model of surgical medicine. Rev Med Clin Condes. 2017; 28 (5): 682-690.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer criterios de selección de pacientes candidatos a alta precoz tras hernioplastia.
- Obtener los datos necesarios (clínicos y socio-familiares) para clasificar a los pacientes.
- Elaborar e implementar el procedimiento de alta precoz tras hernioplastia programada en los pacientes seleccionados, como paso previo al desarrollo de una futura unidad de Cirugía mayor ambulatoria en el área de Cirugía General.
- Aumentar la satisfacción y el confort del paciente.
- Mejorar la eficiencia del proceso.

MÉTODO

- Se realizará un estudio prospectivo de los factores clínicos (comorbilidad) y socio-familiares de los pacientes que se intervendrán los próximos meses de forma programada de hernias de la pared abdominal (inguino-crurales, umbilicales, epigástricas y eventraciones pequeñas), con preguntas previas sobre algunos aspectos socio-familiares (facilidad del acceso al domicilio y presencia de familiares o acompañantes que se puedan hacer cargo del paciente durante el postoperatorio inmediato).
- Se recogerán las variables clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (edad, comorbilidad, complicaciones postoperatorias, tiempo de recuperación de la anestesia...).
- Se establecerán los criterios que definen al paciente que va a ser sometido a hernioplastia programada como candidato a alta precoz, entendiéndose como tal el alta hospitalaria que puede realizarse el mismo día de la intervención quirúrgica.
- Se documentará el procedimiento.
- Se pasará una breve encuesta a los pacientes sobre la satisfacción y el confort.

INDICADORES

- % de pacientes que cumplen criterios para ser candidatos a alta precoz/ los pacientes con hernioplastia programada.
- % de pacientes que presentan una o más complicaciones en el postoperatorio inmediato/ los pacientes intervenidos
- % de pacientes con alta precoz/ total de pacientes intervenidos de hernioplastia.
- % de pacientes satisfechos o muy satisfechos con el alta precoz (o con el confort)/ total de pacientes con alta precoz.

DURACIÓN

Aplicación, registro y monitorización: 1 abril de 2019- 30 de septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0858

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL QUE PUEDEN BENEFICIARSE DEL ALTA HOSPITALARIA PRECOZ

- 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 - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO RODRIGO MARTA
CUARTERO CASIN CRISTINA
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
ALCOLEA BETES BEATRIZ
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Tres reuniones del grupo en el último semestre de 2017.
- Preparación de una presentación que, posteriormente, se ha presentado de manera individualizada a los diferentes servicios quirúrgicos del hospital (Cirugía General, Traumatología, Urología, Dermatología, Ginecología, ORL, Oftalmología y Cirugía Vasculat) para transmitir las inquietudes despertadas en la comisión de seguridad sobre el tema de la prescripción electrónica, así como respecto a la correcta realización del Check List quirúrgico y de la notificación mediante el sistema SINASP.
- Elaboración de la guía de prescripción de perfusiones endovenosas para hospitalización y urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Mejora en la prescripción electrónica
- Aumento de las notificaciones en el sistema Sinasp
- Cumplimentación correcta del Check List quirúrgico

Valor de Indicadores:

- Medición de las intervenciones del servicio de Farmacia
- Evaluación periódica por parte del coordinador del sistema
- Estudio al azar de un número de hojas del Check list valorando si la cumplimentación del mismo es o no correcta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado distintas reuniones para la elaboración de una presentación y difusión de la misma con el objetivo de transmitir que:

- La prescripción electrónica nos favorece a todos los profesionales sanitarios y debemos intentar realizarla de la forma más correcta posible en beneficio de los pacientes.
- Hay que seguir trabajando para disminuir la reticencia de algunos profesionales a la hora de manejar herramientas que mejoran la seguridad de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

Es importante seguir insistiendo en estos tres temas, bien desde la comisión de Seguridad clínica como por otras personas involucradas en estos temas.

7. OBSERVACIONES.

- En enero de 2018 una vez finalizadas las sesiones informativas se recogerán datos de las intervenciones realizadas por farmacia en los tratamientos prescritos tras el inicio del plan de mejora
- Se volverán a realizar para marzo nuevas sesiones con los resultados obtenidos.
- En el segundo semestre del año se realizara nueva evaluación realizando un análisis comparativo de resultados

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO:

Realizar sesiones de formación continuas para enseñar/insistir en el correcto manejo del programa Farmatools.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/469 ===== ***

Nº de registro: 0469

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

Autores:
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, SANCHO RODRIGO MARTA, SIESO GRACIA MARIA RUT, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, FRANCO LACASA SUSANA, CUARTERO CASIN CRISTINA, ALCOLEA BETEI BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica en general
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Servicios Quirúrgicos son especiales, los usuarios que precisan ingreso en los mismos en su mayoría precisan tratamiento quirúrgico presentando una situación de particular vulnerabilidad en mayor o menor escala dependiendo del tipo de intervención y de las características del paciente.

El tratamiento quirúrgico lleva implícito la prescripción al paciente de analgesia, antibioterapia, nutriciones parenterales y el tratamiento habitual del enfermo crónico queda relegado a un segundo plano. No es fácil realizar una prescripción adecuada sobre todo en pacientes pluripatológicos que precisan gran número de medicamentos.

Se hizo un estudio descriptivo sobre las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia en relación a las prescripciones realizadas por los facultativos de servicios quirúrgicos, hallándose los siguientes resultados: 30,4% de intervenciones son respecto a fármacos se prescriben en el texto asociado, un 23% precisó cambio por otro fármaco, un 5% ha requerido ajustes respecto a la dosis entre otros. Que 1/3 de los medicamentos se prescriba en el texto asociado es un grave problema de seguridad clínica, ya que ni puede ser validado por farmacia ni preparado ni dispensado correctamente por lo que en el caso de que ocurriera un evento adverso sería más difícil detectarlo y que actuasen las barreras del sistema para minimizar las consecuencias del mismo.

Por otra parte, en diversas reuniones realizadas por un grupo multidisciplinar (facultativos y personal de enfermería de varias áreas, todos ellos pertenecientes a la Comisión de Seguridad Clínica del Hospital), se han observado otros puntos débiles del proceso de prescripción en el contexto de Servicios quirúrgicos a mejorar, como son:

1. Paso a la mayor brevedad de vía parenteral a enteral en los fármacos en los que sea posible.
2. Administración de diluciones de fármacos consensuada con el resto del hospital.

El objeto de este plan de mejora es intentar facilitar la tarea de la prescripción electrónica mejorando así la seguridad y la calidad de la asistencia en relación a tratamientos médicos administrados a los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar de la cultura de Seguridad del paciente.
2. Realizar estudio descriptivo de las patologías más relevantes y características de los pacientes atendidos en los servicios quirúrgicos.
3. Optimización de la prescripción electrónica.
4. Disminución de prescripción de fármacos en el texto asociado de Dominion.
5. Disminuir la duración de tratamientos intravenosos al mínimo imprescindible en pacientes con tolerancia oral adecuada.
6. Disminución de intervenciones de farmacia realizadas secundarias a error en la prescripción

MÉTODO

1. Mejora de cultura de seguridad del paciente
 - a. Presentación del Plan de Mejora
 - b. Realizando sesiones de:
 - i. Seguridad del paciente en el paciente quirúrgico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

ii. Utilidad de notificación al sistema SINAPS de eventos adversos

iii. Importancia de la prescripción electrónica. Incidiendo en:

- Disminución texto asociado para prescribir
- Pasar en cuanto sea posible el tratamiento a vía oral

2. Realización de estudio descriptivo del tipo de población atendida en los servicios quirúrgicos y su patología más prevalente. Con el fin de buscar grupos de pacientes cuyo tratamiento pudiera ser protocolizado en un futuro

INDICADORES

1. Número de intervenciones de farmacia en relación con prescripción de fármacos incluidos ya en el vademecum del hospital San Jorge en el texto asociado / número de estancias hospitalarias.

2. Desarrollar una alerta que avise la posibilidad de pasar de vía intravenosa a vía oral en dos fármacos cuya biodisponibilidad es equivalente vía oral y vía intravenosa que serán el Levofloxacino 500 mg y el omeprazol 20 mg.

3. Intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción / número de intervenciones realizadas por el servicio de farmacia

DURACIÓN

- Del 17 de octubre al 1 Diciembre: realización de sesiones en los servicios quirúrgicos.
- El 1 diciembre iniciamos primera recogida de datos y análisis de los mismos para valorar nuevas estrategias.
- Enero y febrero: realización de estudio descriptivo del tipo de pacientes y patología más prevalente.
- Marzo y abril: reincidir en sesiones si fuera preciso.
- Junio: presentación memoria de resultados y nuevas propuestas si las hubiese

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 - 2016/0837

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE EUGENIO DE PAUL VICENTE ALONSO DE ARMIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANAGUSTIN SILANO MIGUEL
MARIN PUYALTO DANIEL
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
SANCHO RODRIGO MARTA
MIRASOL CATALAN PATRICIA
FRECHIN PERTUSA RAUL
LOBO ESCOLAR ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizó una sesión entre los miembros del Servicio de Traumatología a comienzos del 2017 para recordar los criterios del protocolo.
-Se contestó a los médicos de atención primaria la necesidad de enviar a nuestra consulta a los pacientes con radiografía cuando veíamos la inexistencia de ésta.
-Se explicó en consulta a los pacientes los motivos por los que un hallux valgus es quirúrgico, dejando fuera la parte estética.

Se ha revisado cada inclusión en la lista de espera quirúrgica por parte del servicio de Traumatología, con los siguientes parámetros:

-Más de seis meses de tratamiento conservador.
-Ángulos con criterio quirúrgico indiscutible (HV>15° e IM>9°).
-Patología concomitante (metatarsalgia asociada, dedos en garra asociados, dedos en martillo asociados)
Si cumplían los tres criterios, se consideraba una indicación de acuerdo al programa, si no los cumplía, no.

El periodo analizado es Septiembre 2016-Septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Mantenimiento de la lista de espera (45 al final del proyecto anterior) por 41 al final de éste.
-Disminución de entradas totales en lista de espera: 87 en el proyecto anterior por 75 este año.
-Casos fuera del protocolo: 26% al inicio del proyecto, por 13% este año.
-Aumento de pacientes que acuden con radiografía a la consulta de traumatología: 5% al inicio del periodo de evaluación por 40% al final.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Con dos años de dos proyectos de calidad hemos conseguido bajar la lista de espera quirúrgica en un 38%, disminuir el número de entradas totales un 26%, disminuir el número de entradas fuera del protocolo en un 36%.
-Todos estos datos son muy positivos, si bien no hemos cumplido el objetivo de llegar a sólo el 10% de inclusiones fuera de protocolo (13%), creemos que la tendencia claramente a la baja es muy esperanzadora. Así mismo, no hay que olvidar lo que cuesta implantar nuevos protocolos en el ámbito diario de trabajo tras muchos años con otros métodos.
-Hemos conseguido que casi la mitad (40%) de los pacientes acudan a la consulta con una radiografía, disminuyendo visitas de consulta innecesarias y acelerando el proceso de soluciones para el paciente. Creemos que el dato es positivo, puesto que antes, prácticamente todos los pacientes acudían sin estudio radiológico, pero no suficiente, pues deberíamos conseguir aumentar por encima del 75% este dato. Lo dejamos marcado, como objetivo a conseguir para siguientes años.
-Estamos seguros de que al año siguiente podremos alcanzar mejores resultados aún.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/837 ===== ***

Nº de registro: 0837

Título
MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

Autores:
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, SANAGUSTIN SILANO MIGUEL, RODRIGUEZ CHACON LUIS, MIRASOL CATALAN PATRICIA, BARREU ESCAR REYES, FRECHIN PERTUSA RAUL, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA, LOBO ESCOLAR ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0837

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La patología del hallux valgus es una patología muy frecuente, llegando a ser de 35% en mayores de 65 años. Actualmente, existe gran variabilidad en la indicación de propuesta quirúrgica para esta patología, dada la gran presión asistencial existente, derivando en un aumento de la lista de espera, aumento de expectativas para los pacientes y aumento de indicaciones no justificadas. Para ello, proponemos actualizar la intervención que iniciamos en el proyecto del año 2015, para disminuir lo más posible los pacientes que no cumplan los criterios del protocolo. Siguiendo actuando en la parte hospitalaria pero añadiendo una actuación enfocada a la consulta de primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

-90% de los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica, cumplan los siguientes requisitos: dolor severo que altere la marcha, más de seis meses de tratamiento conservador, ángulo HV>15° o IM>9° o presencia de patología asociada (dedos en garra, neurinoma de Morton, metatarsalgia).
-Disminuir la entrada en lista de espera quirúrgica.
-Disminuir el número de pacientes en consultas de Traumatología, sin una radiografía como método inicial de valoración de la patología.

MÉTODO

-Sesión en el servicio de COT explicando el protocolo.
-Contestación escrita a los médicos de familia explicando el protocolo, pues son parte fundamental en la derivación a nuestras consultas de esta patología.
-Educación a los pacientes en la consulta, de la no indicación quirúrgica por motivos estéticos.

INDICADORES

-Número de entradas en lista, de acorde al protocolo y no.
-Número de pacientes no adecuados al protocolo y causas.
-Número de pacientes que llegan a las consultas sin una radiografía de pie para evaluar el problema desde la consulta de primaria.
-Lista de espera al inicio del protocolo y al final: comparación.

DURACIÓN

-Junio 2016-Febrero 2017: Monitorización de las inclusiones, elaboración de contestaciones a los médicos de familia, sesión explicativa en el servicio de Traumatología.
-Marzo 2017-Junio 2017: Evaluación de resultados, discusión entre los participantes, detección de puntos de mejora.

OBSERVACIONES

Se trata de la continuación de un proyecto comenzado el año pasado, con resultados positivos pero mejorables, dado que un 25% de los pacientes se nos escapaban del protocolo. Este año queremos disminuir este porcentaje a menos del 10%, así como un parámetro a tener en cuenta en el proceso es la cantidad de pacientes que acuden desde su centro de salud sin una radiografía que evalúe el estado del pie y seguir disminuyendo la lista de espera. Todos esos parámetros pensamos que pueden redundar en una mejora de la atención, globalizada y en una mejora de los recursos, entre ellos menos citas a los pacientes por no tener una radiografía realizada, sin tratamiento.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOMPRADE CASASIN SUSANA
CID MARTINEZ ROSA
REBOLLO GONZALEZ SARAI
MONTES LORIZ ELENA
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
SALOME PILARCES VIRGILI
LORETO CASTILLO CORTES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de historias clínicas y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp para identificar el número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta en el año 2018.
- Revisión de historias clínicas y registro de quirófano para contabilizar el número de re intervenciones motivadas por una incorrecta movilización postoperatoria en la planta.
- Modificación del folleto informativo que se proporciona al paciente durante el ingreso hospitalario sobre la correcta movilización en los primeros meses tras la implantación de una prótesis de cadera. Folleto que se entregará también al personal que se incorpore nuevo en la cuarta planta (enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y estudiantes).
- Realización de una clase teórico-práctica sobre el tema, dirigida a todo el personal de la planta de traumatología y cirugía ortopédica del hospital San Jorge de Huesca, impartida por los FEA de COT que figuran en este proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Aumento de los conocimientos sobre el tema del personal sanitario que tiene relación con este tipo de pacientes, para evitar complicaciones derivadas de una incorrecta movilización del paciente.
- Disminuir el número de complicaciones y re intervenciones derivadas de una movilización incorrecta.
- Realizar un folleto explicativo de la correcta movilización tras la implantación de una prótesis de cadera, más visual y completo que disminuya las dudas tanto del paciente como del personal sanitario implicado.

Valor de Indicadores:

- Número de complicaciones sobre movilización incorrecta: cero.
- Número de re intervenciones: cero.
- Grado de dependencia al alta (Índice de Barthel): 74.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La clase impartida tuvo un grado de asistencia satisfactorio. En ella, se resolvieron dudas y se contestaron preguntas que realizaron los asistentes. El folleto explicativo, es más visual y consideramos que más entendible por lo que será de gran utilidad tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado. Aun así, el manejo que se realiza de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera en la planta de hospitalización, es satisfactorio y así lo indica la ausencia de complicaciones derivadas de un manejo incorrecto y el índice de Barthel, cuyos valores entran dentro de los parámetros estándar.

7. OBSERVACIONES.

Las dos bajas causadas a mitad del proyecto, han sido ocupadas por dos enfermeras de la cuarta planta de hospitalización, Loreto Castillo Cortés y Salomé Pilarcés Virgili, que están directamente relacionadas con el proyecto y su correcto cumplimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/236 ===== ***

Nº de registro: 0236

Título
MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Autores:
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, SANCHO RODRIGO MARTA, MOMPRADE CASASIN SUSANA, CID MARTINEZ ROSA, REBOLLO GONZALEZ SARAI, MONTES LORIZ ELENA, BOSQUE CASASIN ISABEL, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Prevención/detección precoz

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- La alarma generada tras dos complicaciones secundarias a la incorrecta movilización de dos pacientes que habían sido intervenidos mediante artroplastia de cadera, propició la solicitud, por parte del personal de enfermería y celadores de la planta de Traumatología, de la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a estos pacientes.
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes y vías periférica...
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar una reintervención.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.
- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

MÉTODO
- Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes.
- Los responsables de la impartición de estas clases serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería de la cuarta planta de hospitalización y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

INDICADORES
- Número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta. Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp por este motivo.
- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

DURACIÓN
- La primera clase se impartirá en el mes de junio 2018 y se podrá repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.
- La duración de este plan de mejora sería indefinida una vez impartida la clase.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA SANCHO RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
REBOLLO GONZALEZ SARAI
BERASATEGI NORIEGA IRAIA
PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR
JAL ALLUE ANA ISABEL
MARTINEZ MORALES SAMUEL
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-La hemoglobina preoperatoria es el principal factor predictivo de recibir una transfusión sanguínea, por lo que el diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria constituye la parte fundamental para evitarla.

-El proyecto de mejora se basa en la instauración de un protocolo de ferroterapia intravenosa en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera.

-A todo paciente diagnosticado de fractura osteoporótica de cadera ingresados en el Hospital de Jaca, el mismo día del ingreso, se comienza con el tratamiento con la ferroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

-En función de las cifras de hemoglobina resultantes de la analítica de control del día de ingreso, se administra asimismo eritropoyetina.

-Durante el ingreso hospitalario se van realizando hemogramas de control para valorar la necesidad de añadir algún otro tratamiento para la corrección de la anemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Disminuir el número de transfusiones: se ha transfundido al 15% de pacientes con diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera tras la implantación de ferroterapia intravenosa, un 10% menos en comparación con pacientes en los que no se administró la ferroterapia intravenosa.

-Disminuir las reacciones postransfusionales: no se observaron reacciones adversas postransfusionales en los pacientes transfundidos.

-Optimizar las cifras de hemoglobina y hematocrito durante el ingreso hospitalario: hematocrito medio postquirúrgico de 30,4% y al alta de 31,1%.

Hemoglobina media postquirúrgica de 10,2 g/dL y al alta de 10,5 g/dL.

-Menores complicaciones derivadas de la anemia postfractura: se ha observado una disminución en el número de hipotensiones derivadas de cifras de hemoglobina bajas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La implantación de la ferroterapia intravenosa desde el primer día de ingreso del paciente con fractura osteoporótica de cadera beneficia ampliamente al paciente, no sólo por un mejor estado general con menos cuadros de malestar e hipotensiones, sino por disminuir las necesidades transfusionales y un mejor control analítico del paciente a su llegada a quirófano.

- La administración de hierro intravenoso y eritropoyetina no aumenta la estancia hospitalaria.

- La optimización de los valores de hemoglobina y de los depósitos de hierro previos a la cirugía es fundamental para evitar la anemia postoperatoria y minimizar el riesgo de transfusión.

- Demorar la intervención a lo mínimo imprescindible ya que ello supone un menor descenso de la hemoglobina prequirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

-Asimismo se está realizando un protocolo oficial de ferroterapia intravenosa para su uso en planta de hospitalización de COT en el Hospital de Jaca.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/242 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Nº de registro: 0242

Título
APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA
DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Autores:
SANCHO RODRIGO MARTA, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, REBOLLO GONZALEZ SARAI, SANAGUSTIN SILANO MIGUEL, PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR, JAL ALLUE ANA ISABEL, MARTINEZ MORALES SAMUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología del hospital de Jaca por fractura de cadera, pendientes de traslado al hospital San Jorge de Huesca para ser intervenidos quirúrgicamente, se verían beneficiados de la administración de feroterapia intravenosa para mejorar sus cifras de hemoglobina (Hb) prequirúrgicas y así disminuir el número de transfusiones y complicaciones perioperatorias y postoperatorias. La administración de la feroterapia intravenosa supone una medida eficaz para una disminución del número de las complicaciones que aparecen al inicio de la sedestación, posiblemente por motivos hemodinámicos (mareos, hipotensión, sudoración, síncope...).

En estos momentos, dicho tratamiento no se administra de manera reglada y tampoco en todos los pacientes. Este proyecto es útil porque un tratamiento intensivo de la anemia preoperatoria con preparados de hierro endovenoso, supone una rápida y efectiva recuperación de los niveles de Hb con la consiguiente mejora de la situación del enfermo para afrontar la cirugía y el postoperatorio inmediato además de disminuir la necesidad de recibir una transfusión sanguínea alogénica con sus posibles riesgos asociados.

RESULTADOS ESPERADOS

La anemia influye muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos en general y en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera en particular. Aplicando este tratamiento, se pretende mejorar la situación basal del enfermo alcanzando cifras de hemoglobina en el rango de la normalidad y con ello disminuir las complicaciones postoperatorias derivadas de la anemia en estos pacientes.

Disminuir el número de transfusiones alogénicas en pacientes diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera en el hospital de Jaca.

MÉTODO

El mismo día del ingreso del paciente en planta, el facultativo responsable prescribirá la feroterapia intravenosa en función de las cifras de hemoglobina en la analítica de ingreso del paciente.

El personal de enfermería se encargará de comenzar la administración del tratamiento el mismo día del ingreso. Se administrarán tres dosis de hierro intravenoso separadas en intervalos de 48 horas.

Se realizará, además del hemograma al ingreso, un hemograma postoperatorio y un hemograma al alta.

INDICADORES

Número de transfusiones pre o postquirúrgicas realizadas durante el ingreso. Se monitoriza mediante la historia clínica.

Cifras de Hb en las analíticas realizadas durante el ingreso hospitalario. Se monitoriza con los resultados de las analíticas visibles a través de la intranet clínica.

Número de complicaciones derivadas de la anemia: aparición de síntomas hemodinámicos, retraso de la movilización de los pacientes... Monitorización mediante la historia clínica.

DURACIÓN

Cronograma: el mismo día del ingreso, se inicia el tratamiento con la feroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

Se extraerán los datos referentes a los indicadores mencionados cada 3 meses valorando si, en el periodo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

un año, el tratamiento ha sido efectivo para que así quede implantado definitivamente. La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, pautando dicho tratamiento a todo paciente ingresado diagnosticado de fractura de cadera.

OBSERVACIONES

Ninguna

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0387

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE JESSICA PALACIO BARRABES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOBO ESCOLAR ANTONIO
JIMENEZ SALAS BERTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la aceptación del proyecto de calidad se procedió a la realización de una hoja de comprobaciones tipo "check-list" con todos los apartados comentados previamente en el proyecto. Dicha hoja se diseñó para ser incorporada dentro del evolutivo correspondiente al episodio de hospitalización programada para la implantación de una artroplastia total de rodilla (PTR).
La presentación de la hoja de comprobaciones en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del H.San Jorge (Huesca) se retrasó un par de meses, con aceptación de la misma y modificación con las sugerencias aportadas en sesión. Un apartado no incluido en la mayoría de guías clínicas y que decidimos añadir al check-list es la salud bucodental del paciente ya que existe un importante porcentaje de la población que presenta procesos inflamatorio-infecciosos silentes que pueden afectar al pronóstico de la cirugía protésica.
Finalmente no se presentó el check-list a la plantilla de enfermería ya que como hoja de evolución clínica queda guardada en el fichero médico de hospitalización.

La plantilla se puso a disposición de todos los facultativos para su utilización en los ingresos programados por PTR, con copias disponibles tanto en el despacho médico, en el control de enfermería y en el del Sº de Urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al indicador principal de aplicación del protocolo, actualmente consideramos este primer año como en proceso de implantación, siendo del 90%.

Respecto a los indicadores secundarios:

En el caso del adecuado cumplimiento del protocolo: todos los check-list se cumplieron de manera correcta (100%).

En el apartado de contabilización de fallos en el proceso del ingreso programado: no se detectaron fallos ni en los casos de ingreso programado utilizando el check-list ni en aquellos realizados de manera tradicional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez puesta la plantilla a disposición de los facultativos, se ha observado una alta adherencia para su uso, agilizando el proceso de ingreso programado de los pacientes que también ha mejorado con la inclusión y utilización de protocolos actualizados en Farmatools.
En la mayoría de los casos no ha sido necesaria la actualización del estudio preoperatorio debido a que la cirugía se realizó en el plazo de los 6 primeros meses tras su indicación. Fue más frecuente la actualización de las pruebas de imagen dado que alguna de ellas estaba realizada con fecha previa a la consulta en la que el paciente fue incluido en lista de espera quirúrgica.
La mayoría de procesos intercurrentes sucedidos desde la valoración anestésica hasta el ingreso hospitalario fueron considerados de etiología menor o menos grave, especialmente de tipo infeccioso (tracto urinario y vías respiratorias superiores). Dado que estos episodios deben estar controlados antes de proceder con la cirugía protésica se solicitó nueva valoración anestésica y/o al Sº de Medicina Interna según el caso.
Dado que aún no se ha cumplido el año desde la implantación del protocolo no se han presentado los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

Ha habido facultativos que por costumbre prefieren seguir rellenando el evolutivo sin plantilla sin que eso suponga fallos en el proceso de ingreso. Se deja a elección del facultativo la utilización o no de la plantilla como método para agilizar el ingreso.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/387 ===== ***

Nº de registro: 0387

Título
PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:
PALACIO BARRABES JESSICA, LOBO ESCOLAR ANTONIO, JIMENEZ SALAS BERTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0387

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La artrosis de rodilla es una patología muy frecuente en nuestro medio. Aproximadamente el 50-60% de las personas entre 65 y 70 años la padece. De estas un 60% presentan clínica asociada. En función de unos criterios como son el dolor que limita la vida diaria sin respuesta a tratamiento conservador, la pérdida del espacio articular en las radiografías y la edad avanzada se plantea la artroplastia total de rodilla (PTR). Esta cirugía es por ello un procedimiento de los más frecuentes en los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de los que más lista de espera generan.

Dado que en nuestro hospital el ingreso programado de estos pacientes se realiza la tarde de antes por el profesional de guardia creemos conveniente la creación de un protocolo de ingreso y de una hoja de comprobación rápida o "check-list" para unificar esta etapa de la hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto va dirigido a los integrantes del servicio de Cirugía Ortopédica de Traumatología del Hospital San Jorge de Huesca.

Su objetivo principal es unificar los pasos y optimizar el tiempo a la hora de realizar el ingreso programado de un paciente pendiente de artroplastia total de rodilla en nuestro servicio.

La población diana serán dichos pacientes en lista de espera quirúrgica para el procedimiento de PTR en nuestro hospital.

MÉTODO

Para cumplir el objetivo previsto será necesario que el protocolo a crear comprenda los siguientes aspectos:

- 1.- Pauta de profilaxis tromboembólica según la "Guía de Profilaxis del Tromboembolismo de la SECOT".
 - 2.- Pauta de profilaxis antibiótica según la guía actualizada del comité de infecciones del hospital.
 - 3.- Solicitud de pruebas cruzadas.
 - 4.- Revisión de la medicación actual del paciente para su registro en el programa Farmatools y su consiguiente administración durante la estancia hospitalaria evitando duplicidades e interacciones.
 - 5.- Pauta analgésica personalizada.
 - 6.- Pauta de fluidoterapia de mantenimiento.
 - 7.- En pacientes diabéticos aplicación de la "pauta de insulino terapia para intervención quirúrgica" diseñada por el Servicio de Endocrinología.
 - 8.- Revisión de las pruebas de imagen disponibles. En el caso de que la antigüedad de las mismas sea mayor de 1 año (debido a la lista de espera), se deberán actualizar.
 - 9.- Revisión de la última analítica disponible. En el caso de que la antigüedad sea mayor de 1 año (debido a la lista de espera), se deberá actualizar.
 - 10.- Revisión de las posibles enfermedades intercurrentes de especial relevancia sucedidas desde la valoración anestésica hasta el momento del ingreso programado que puedan requerir de una nueva valoración por parte del Servicio de Anestesia.
 - 11.- Comprobación de la extremidad a intervenir con el dibujo de una flecha en la misma.
- Para asegurarnos una correcta aplicación del protocolo se creará una hoja de comprobación (check-list) con los apartados comentados, que deberá incorporarse al historial de ingreso de cada paciente.

INDICADORES

La fuente de datos será la hoja de comprobaciones (check-list) creada para este protocolo.

El Indicador principal será la aplicación del protocolo: número de ocasiones en las que se ha aplicado el protocolo respecto al número de veces en que se debía aplicar. Siendo el estándar deseable de = 95%.

Como indicadores secundarios se valorarán:

A) El adecuado cumplimiento del protocolo:

- 1.- número de check-list correctamente cumplimentadas respecto al total de hojas.
- 2.- número de check-list correctamente cumplimentadas respecto al total de ingresos programados por PTR.

En ambos casos el estándar deseable será de = 95%.

B) Contabilización de fallos en el proceso del ingreso programado desde la implantación del protocolo desglosando la etiología de los mismos.

DURACIÓN

Redacción del protocolo en el plazo de un mes desde la fecha y presentación del mismo en el servicio hospitalario de Cirugía Ortopédica y Traumatología así como a la plantilla de enfermería. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo, creación de la hoja de comprobación y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0387

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

OBSERVACIONES

No son necesarias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0477

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA SANCHO RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
BERASATEGI NORIEGA IRAIA
LOBO ESCOLAR LUIS
MOLINEDO QUILEZ MARTA
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL
MOYANO LEDESMA AMPARO
SANMARTIN BERRAQUERO ROSALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y Traumatología sufren multitud de procesos tales como fracturas, fisuras, luxaciones, esguinces de diferentes grados, contusiones...en dichas situaciones el facultativo o personal de Enfermería procede a inmovilizar la articulación afecta o a reducirla e inmovilizarla posteriormente mediante yesos cerrados o férulas. Dichos pacientes muchas veces desconocen los cuidados que deben de tener con las inmovilizaciones y los posibles riesgos derivados de ellas.

Se ha realizado una hoja con información sobre los cuidados a tener en cuenta tras ser inmovilizado y los signos de alarma ante los cuales deben de acudir a urgencias para ser revalorados.

A partir del segundo semestre de 2019 dicha hoja informativa se ha proporcionado a pacientes inmovilizados con férulas o yesos cerrados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de hoja informativa sobre los cuidados a tener en cuenta y los signos de alarma en los pacientes inmovilizados. Dicha hoja está en proceso de obtener código HSJ para poder disponer de ella en cualquier Servicio.

Dicha hoja informativa se ha incluido en el protocolo de inmovilización mediante yeso o escayola.

Tras evaluar el grado de satisfacción de los pacientes en Consultas Externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), un 84% de ellos refiere que les ha sido de utilidad la información aportada, un 11% que no les ha sido de utilidad y un 5% refiere que no se han leído la información.

Durante el segundo semestre de 2019 se han atendido a un total de 17.718 urgencias, de las cuales 28 pacientes acudieron al servicio de Urgencias para revisión o cambio de escayola, dato obtenido a través del programa PCH.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aquellos pacientes que han sido revisados en Consultas Externas de COT refieren que dicha hoja informativa ha sido de interés, ya que expone de manera clara y concisa aquellos aspectos y cuidados a tener en cuenta con una inmovilización. A pesar de que dichas indicaciones se explican oralmente tanto en el Servicio de Urgencias o en planta de Traumatología, los pacientes y familiares refieren que "se les ha olvidado las indicaciones", "estaba muy nervioso", "no he entendido lo que ha querido decir" ...presentando muchas dudas posteriores a la inmovilización.

Tras la aportación de dicha hoja informativa, aquellas dudas que previamente presentaban fueron aclaradas, agradeciendo los pacientes la información aportada.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2019/477 ===== ***

Nº de registro: 0477

Título
RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACION DE YESO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0477

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO

SANCHO RODRIGO MARTA, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, REBOLLO GONZALEZ SARAI, MIRASOL CATALAN PATRICIA, GARCIA ROCA BORJA, MOYANO LEDESMA AMPARO, BERASATEGI NORIEGA IRAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y Traumatología sufren multitud de procesos tales como fracturas, fisuras, luxaciones, esguinces de diferentes grados, contusiones...en dichas situaciones el facultativo procede a inmovilizar la articulación afecta o a reducirla e inmovilizarla posteriormente mediante yesos cerrados o férulas.

Las férulas y los yesos se utilizan para sostener y proteger a los huesos y tejidos blandos lesionados, de manera que reducen el dolor, la hinchazón y los espasmos musculares; además de mantener la correcta reducción el tiempo necesario de inmovilización.

La hinchazón causada por la lesión puede generar presión sobre su férula o yeso durante las primeras 48 a 72 horas. El yeso cerrado o férula conlleva unos riesgos asociados, tales como causar úlceras por presión, heridas, edema distal, síndrome compartimental... El síndrome compartimental se define como la patología provocada por un aumento de presión dentro de un compartimento muscular hasta el punto donde se reduce o elimina la perfusión vascular necesaria para la viabilidad de los tejidos allí comprendidos.

RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes inmovilizados mediante férulas o yesos muchas veces desconocen los cuidados que deben de tener con las inmovilizaciones y los posibles riesgos derivados de ellas.

El objetivo de este proyecto es informar correctamente, a todo paciente atendido e inmovilizado mediante férulas o yesos cerrados en el Servicio de Urgencias o Traumatología, de los cuidados de la inmovilización y de los síntomas o signos de alarma a tener en cuenta tras una inmovilización; y disminuir el número de visitas a Urgencias para realizar una revisión del yeso por edema y dolor tras una inmovilización.

MÉTODO

El mismo día de la atención en el Servicio de Urgencias o en la planta de Traumatología, tras la colocación de una férula o yeso cerrado, se proporcionará al paciente una hoja con información sobre los cuidados a tener en cuenta y los signos de alarma.

El personal de enfermería se encargará de aportar al paciente la hoja de información, dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que no es necesario realizar una reducción, fisuras, contusiones y/o esguinces.

El facultativo de Traumatología se encargará de aportar al paciente la hoja de información dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que es necesario realizar una reducción, luxaciones y en los pacientes ingresados en el planta de Traumatología.

INDICADORES

Número de visitas a urgencias para realizar revisión de escayola. Se monitoriza mediante el programa PCH.

Número de visitas a urgencias por dolor, edema e inflamación secundario a la inmovilización con una escayola. Se monitoriza mediante el programa PCH.

Grado de satisfacción tras la información aportada al paciente. Se monitoriza en CE de COT en las posteriores visitas de control.

DURACIÓN

Cronograma: el mismo día de la atención en urgencias se aportará dicha información al paciente, enseñándole las pautas a seguir tras la inmovilización.

Se realizará a lo largo del año 2019, extrayendo los datos de satisfacción del paciente y del número de visitas a Urgencias tras la inmovilización.

La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, aportando dicha información a todo paciente que sea inmovilizado mediante férula o yeso cerrado en el Servicio de Urgencias o planta de Traumatología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0477

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO

OBSERVACIONES
Ninguna

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0745

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H "SAN JORGE" DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE LAURA EZQUERRA HERRANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN PUYALTO DANIEL
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
SANCHO RODRIGO MARTA
REBOLLO GONZALEZ SARAI
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
UBIS DIEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones con el servicio de Traumatología (3)
Reuniones con el servicio de Geriatria (2)
Reuniones con el servicio de Anestesia (2)
Reuniones con el servicio de Farmacia Hospitalaria (1)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados Valor de Indicadores
Anular protocolos obsoletos 8 anulados / 16 existentes x 100 = 50
Modificar protocolos existentes 8 modificados / 16 existentes x100 = 50
Realizar nuevos protocolos 3 nuevos / 16 existentes x 100 = 18.75

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Finalmente se ha conseguido reducir el número de protocolos de 16 a 11, siendo además de menos numerosos más completos y prácticos. Ya se están aplicando en la práctica diaria con éxito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/745 ===== ***

Nº de registro: 0745

Título
ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
EZQUERRA HERRANDO LAURA, MARIN PUYALTO DANIEL, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, SANCHO RODRIGO MARTA, REBOLLO GONZALEZ SARAI, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL, UBIS DIEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aparato Locomotor
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital "San Jorge" utiliza el programa de prescripción electrónica Farmatools® para pautar el tratamiento de los pacientes ingresados en dicho servicio. La prescripción de medicación se puede realizar de forma individual medicamento a medicamento o a través de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0745

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H "SAN JORGE" DE HUESCA

protocolos, de forma que se descarga de manera automática la medicación según los mismos. Estos protocolos requieren ser actualizados, tanto para adecuarlos a las características de los pacientes que ingresan en nuestro servicio como para homogeneizar el trabajo de prescripción facultativa. El abordaje del tratamiento de los pacientes que ingresan en el Servicio de Traumatología es multidisciplinar bien por las características de los pacientes y sus comorbilidades o bien por las causas de ingreso (politraumatismos, cirugía mayor ambulatoria, fracturas de cadera, etc.) Por ello es importante en el manejo de estos pacientes la participación de los Servicios de Traumatología, Geriátría, Anestesia y Farmacia.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es actualizar y mejorar los protocolos de tratamiento incluidos en el programa Farmatools® de los pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital "San Jorge" de Huesca con la finalidad de mejorar la atención y cuidado de los mismos.

MÉTODO

El proyecto se llevará a cabo manteniendo reuniones mensuales dentro del Servicio de Traumatología para elaborar las bases y el número de protocolos a modificar. Reuniones trimestrales con los Servicios de Geriátría y Anestesia para consensuar los protocolos. Reuniones cuatrimestrales con el Servicio de Farmacia para validar e incorporar a la base de datos del programa Farmatools®.

INDICADORES

Nº total de protocolos modificados.
Nº de reuniones realizadas dentro del Servicio de Traumatología.
Nº de reuniones realizadas con otros servicios.

DURACIÓN

Este proyecto está previsto que esté funcionando en un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0781

1. TÍTULO

PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPORÓTICA TRAS FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE EUGENIO DE PAUL VICENTE ALONSO DE ARMIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EZQUERRA HERRANDO LAURA
MARIN PUYALTO DANIEL
MOLINEDO QUILEZ MARTA
BERASATEGI NORIEGA IRAIA
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
GARCIA MAGALLON BLANCA
UBIS DIEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo para seguir todos los mismos estándares y saber cuándo hay que tratar y que darle al paciente. El protocolo está pendiente de aprobación por la Unidad de Calidad, pero ya está en marcha desde principio del proyecto de Calidad.

Se ha realizado una sesión clínica con geriatría y traumatología para informar del protocolo.

Se ha comunicado a Reumatología, como parte implicada en la osteoporosis, de la situación.

Se ha comparado las fracturas de cadera de año 18 con 19, en cuanto a qué porcentaje sale con tratamiento osteoporótico y cuanto no.

Se sigue durante al menos tres meses la fracturas, puesto que en Atención Primaria, retiran o cambian mucho del tratamiento indicado por la osteoporosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La mitad de los pacientes salen con tratamiento osteoporótico (53%), comparado con el escaso 18% que salían en el año 2018, es todo un éxito.

Un 20% de los tratamientos pautados se abandonan o son cambiados o retirados desde Atención Primaria, no haciendo su función.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos contentos con el proyecto, pero no satisfechos, aún la mitad de los pacientes se van sin tratamiento adecuado según la bibliografía. Este hecho, coincide mayoritariamente en pacientes menores de 70 años, que son los que no supervisa la Unidad de Geriatría.

Por tanto, el Servicio de Traumatología, no está lo suficientemente concienciado aún.

Así mismo, es un gran número de pacientes el que no finaliza el tratamiento o que cuando acuden a su Médico de Primaria les cambian o retiran el tratamiento.

Por tanto, para el futuro, hay que valorar actividades para que desde Atención Primaria se mantengan los tratamientos y para que en las altas, el Servicio de Traumatología se acuerde del problema, puesto que aún se escapan gran cantidad de pacientes con el riesgo que eso supone.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/781 ===== ***

Nº de registro: 0781

Título
PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPOROTICA TRAS FRACTURA DE CADERA

Autores:
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, SANCHO RODRIGO MARTA, EZQUERRA HERNANDO LAURA, MARIN PUYALTO DANIEL, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, BERASATEGI NORIEGA IRAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0781

1. TÍTULO

PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPORÓTICA TRAS FRACTURA DE CADERA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población está envejeciendo cada vez más, por tanto la osteoporosis cada vez es una enfermedad más prevalente. En nuestro ámbito, se dan unas 250 fracturas de cadera osteoporóticas al año, de las cuales la gran mayoría no ha tenido un adecuado tratamiento para la osteoporosis pre y postfractura, aumentando por ello los riesgos de nuevas fracturas osteoporóticas, pérdida de función, gasto sanitario elevado, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

.Disminuir el número de pacientes que no presentan prevención secundaria osteoporótica tras la fractura.
.Concienciar del grave problema que supone nuevas fracturas osteoporóticas para la población y para el gasto sanitario.
.Dar a conocer el problema, que no sólo acaba en la cirugía.

MÉTODO

Se realizará un protocolo para que casi ningún paciente se vaya de alta sin tratamiento osteoporótico en prevención secundaria.
Se contará las fracturas previas en cada paciente y posterior al tratamiento.
Se realizarán reuniones entre el equipo cada dos meses para ver grado de cumplimiento y adherencia de los médicos implicados en el proceso.
Se programará dos sesiones clínicas explicativas del proceso.

INDICADORES

.Se compara muestra de 2018 con 2019 tras la entrada del proyecto: Porcentaje de pacientes que al alta se van sin tratamiento para la osteoporosis, índice de reingresos en esos pacientes, fracturas osteoporóticas previas en esos pacientes.

DURACIÓN

Enero-Diciembre de 2019 se revisará datos de 2018 e historias de este año con la implantación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1493

1. TÍTULO

VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE GEMMA MARIA MENDOZA MURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTILLO CORTES LORETO
PILARCES VIRGILI MARIA SALOME
FERNANDEZ LOBATO RUTH
SANZ PEREZ LIDIA
ZAZO CEBOLLERO CLARA
SOTERAS LOPEZ LLARA
DUQUE MAVILLA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CRONOGRAMA

- REUNIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA IMPLICADO. 25 de abril 2019

Comenzamos a trabajar con la referencia del vídeo explicativo relacionado con las movilizaciones de la PTC resultado del proyecto del año anterior.

Estructuramos el póster y repartimos tareas.

Loreto, Salomé y Ruth se encarga de búsqueda bibliográfica y enfoque de los cuidados en preoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio.

Lidia se encarga de los movimientos permitidos y prohibidos.

Clara y Gemma se encargan de ordenar la información y maquetación del póster. Gemma diseñará un muñeco digital articulado para poder representar todos los movimientos de la articulación.

Llara elaborará el power point para poder realizar la formación del equipo posteriormente.

- REUNIÓN DE SILVIA (SUPERVISORA) CON EL DR. LOBO (JEFE DE SERVICIO). 26 de abril 2019

Silvia y el Dr. Lobo aclaran las dudas que surgen en la reunión de ayer en relación con:

- Lateralización del paciente. Se podrá lateralizar hacia el lado operado preferiblemente y si tiene dolor, se podrá realizar la lateralización hacia el lado no operado con almohada.
- Pesos de la tracción. Pueden retirarse para la lateralización.
- Férula de Braun o almohada. Preferiblemente almohada. Sólo férula de Braun si el facultativo lo indica previamente.
- El paciente se podrá levantar preferiblemente hacia el lado sano pero también puede levantarse hacia el lado operado

- REUNIÓN DE CLARA Y GEMMA. 29 mayo 2019

Orden de la información y diseño del boceto inicial del póster.

Durante los meses de verano cada componente del grupo trabaja por su cuenta los contenidos y se intercambian

opiniones a través de un grupo de whatsapp.

Reunión de todo el equipo el 8 octubre 2019.

Tenemos el póster elaborado. Se plantean pequeñas correcciones y comenzar ya con las reuniones para informar a TCAES y a DUES de la existencia del póster informativo, insistir en la buena praxis y comenzar con las mediciones del EVA a la mayor brevedad posible.

- REUNIONES EN LA UNIDAD CON TCAES y DUES in situ.

- 5 noviembre de tardes.
- 8 noviembre de mañana.
- 13 noviembre de mañana.

- REUNIÓN EN LA UNIDAD CON TODO EL EQUIPO. TCAES y DUES. 21 noviembre 2019

Llara presenta el power point del proyecto y el póster. Se informa al personal de que ya se están haciendo las mediciones del EVA por turno a todos los pacientes. Al equipo le gusta el póster.

Se coloca en el pasillo uno de los ejemplares en grande para que tanto el equipo como pacientes y familias puedan tenerlo de referencia. El póster tiene un código QR para descargas en teléfono móvil. La otra copia impresa en tamaño DNA 2 se envía al hospital provincial para plastificación y posterior colocación en la Unidad.

Comienzo del registro con fecha 22 de noviembre 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1493

1. TÍTULO

VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1- ELABORACIÓN DEL PÓSTER "MOVILIZACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE CADERA" FACILITANDO LA FORMACIÓN Y EL APRENDIZAJE RÁPIDO DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN.
- 2- FORMACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.
- 3- PUESTA EN MARCHA DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA EVA EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO GACELA. LE DAREMOS CONTINUIDAD EN UN FUTURO VALORANDO POR TURNO EL PARÁMETRO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1- EL EQUIPO HA IDENTIFICADO LOS ERRORES COMETIDOS EN LA MOVILIZACIÓN DIARIA DE LOS PACIENTES.
- 2- EL EQUIPO HA RECONOCIDO LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA PRAXIS PARA EVITAR LUXACIONES.
- 3- SE HAN ACLARADO DUDAS EXISTENTES, JUNTO AL EQUIPO MÉDICO DE TRAUMATOLOGÍA, AL RESPECTO DEL PROCESO DE MOVILIZACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA.
- 4- EL EQUIPO HA RECORDADO LA ESCALA EVA COMO INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL DOLOR, Y SE COMIENZA A REGISTRAR EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO.
- 5- EL EQUIPO HA IDENTIFICADO LA IMPORTANCIA DEL REGISTRO PARA MONITORIZAR EL DOLOR DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE Y PODER ACTUAR EN CONSECUENCIA.

A día de hoy, seguimos midiendo la escala EVA y registrando en Gacela la valoración. No todo el equipo ha cogido el hábito de los registros pero esperamos que durante este primer trimestre del 2020 se instaure definitivamente la rutina.

En el último trimestre se han realizado 41 registros desde la fecha de la última reunión del personal de la unidad.

Valoramos el introducir éste hábito en la guía de acogida para que el personal de nueva incorporación sea consciente de la necesidad de registrar este dato para en un futuro poder trabajar, medir y plantearnos un estudio interesante en relación con el dolor en el paciente postoperado de traumatología y urología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1493 ===== ***

Nº de registro: 1493

Título
VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIZACION

Autores:
CASTILLO CORTES LORETO, PILARCES VIRGILI SALOME, MENDOZA MURO GEMA, FERNANDEZ LOBATO RUTH, SANZ PEREZ LIDIA, ZAZO CEBOLLERO CLARA, DUQUE MAVILLA SILVIA, SOTERAS LOPEZ LLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Recientemente se ha realizado formación continuada relacionada con las movilizaciones del paciente postoperado de prótesis de cadera.

En la actualidad existe gran rotación de la plantilla de TCAEs y DUEs en nuestro servicio. Ante esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1493

1. TÍTULO

VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD

situación detectamos la necesidad de continuar con la formación que se comenzó el año pasado (proyecto de mejora de calidad n. 2018/0236).

Además de esto, nos planteamos ahora avanzar y valorar el dolor en este tipo de pacientes tras la movilización correcta de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar al equipo de la importancia de la valoración del dolor postoperatorio.

Valorar el dolor tras la correcta movilización del paciente postoperado.

Implementar una nueva estrategia para reforzar la formación continuada en relación con la movilización de pacientes postoperados de prótesis total de cadera.

MÉTODO

- Elaboración de un poster con los conceptos básicos adquiridos en la formación realizada durante el 2018 para realizar formación continuada con el personal de nueva incorporación. Reunión del equipo de trabajo en abril 2019.

- Informar a enfermería del proyecto, identificación de la escala EVA en el programa GACELA. Dos reuniones durante el año.

- Informar a los TCAE y celadores de planta del proyecto y repasar el poster para la correcta movilización de los pacientes postoperados de prótesis de cadera. Dos reuniones durante el año.

- Comenzar con la determinación de mediciones de la escala EVA durante el tiempo de ingreso de los pacientes durante el último trimestre del año, una vez realizado el poster.

INDICADORES

- Poster confeccionado.

- Número de reuniones con el equipo de enfermería.

- Número de reuniones con el equipo de TCAEs.

- Número de mediciones de escala EVA realizadas.

DURACIÓN

- Reunión del equipo de trabajo en abril 2019.

- Reunión del equipo de trabajo en junio 2019.

- Reuniones informativas con equipo enfermería: 1/semestre.

- Reuniones informativas con equipo TCAE: 1/semestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1494

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA FERRANDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTILLO CORTES LORETO
MENDOZA MURO GEMA MARIA
SANZ PEREZ LIDIA
FERNANDEZ LOBATO RUTH
PILARCES VIRGILI MARIA SALOME
NOVELLA MARTIN PILAR
DUQUE MAVILLA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reunión inicial el 04/03/19 del equipo de mejora para decidir y seleccionar el material, orden y cantidad, q precisa cada cajón de cada carro de curas.
-Decidimos tener el mismo orden y el mismo material en cada carro de trabajo de la unidad (hay 4 carros).
-Confeccionamos un listado de material necesario en cada uno de los cajones y adjuntamos este listado a cada carro para facilitar su reposición.
-La reposición de los carros la realizarán las TCAES al final de cada turno, mañana tarde y noche todos los días.
-Reunión de todo el equipo de enfermería en la unidad el 03/06/19 para presentar el proyecto de mejora a todos. Explicamos la disposición de los materiales en el carro, el listado de material necesario y la necesidad de reponer al final de cada turno.
-Implantación del proyecto el 10/06/19.
-Revisiones mensuales de los carros de trabajo para valorar si están bien repuestos.
-Enero 2020: entrega de encuesta a enfermeras y TCAES para valorar el grado de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Tras la implantación del proyecto en junio 2019, el material de todos los carros está unificado y su distribución por cajones es la misma en los 4 carros.
-El personal de la unidad presta atención a los carros, los utiliza a diario y evita almacenar más material del que está planificado en el listado.
-Los carros de trabajo están repuestos y ordenados en casi todos los turnos.
-El personal de enfermería muestra satisfacción por acortar los tiempos y evitar desplazamientos innecesarios.
-Las encuestas se entregan a todo el personal y son contestadas por el 60% de las TCAES y por el 75% de las enfermeras.
-Las enfermeras opinan que los carros están repuestos el 50% de las veces. El 100% de las TCAES reponen los carros en cada turno.
-El 95% de enfermeras y TCAES piensan que ha mejorado el orden de los carros en relación a la situación previa al proyecto.
-El 100% de enfermeras y TCAES creen que se ha agilizado su trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El equipo de enfermería reconoce la mejora de la calidad de los cuidados al paciente, al estar el material unificado, ordenado y repuesto.
-Mejora la utilización de los recursos de la unidad.
-En la actualidad seguimos trabajando con la misma organización y contenido de los carros y con la reposición por turnos de los mismos.
-Implicación y satisfacción general del equipo con el proyecto de mejora.
-Valoramos la necesidad de tener otro carro de trabajo (solicitado por la supervisora) al haber 5 enfermeras y 4 carros, trabajando de lunes a viernes en cada turno de mañana y tarde.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1494 ===== ***

Nº de registro: 1494

Título
IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1494

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

GARCIA FERRANDO MARIA PILAR, CASTILLO CORTES LORETO, MENDOZA MURO GEMA, SANZ PEREZ LIDIA, FERNANDEZ LOBATO RUTH, PILARCES VIRGILI SALOME, NOVELLA MARTIN PILAR, DUQUE MAVILLA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedades sistema osteomuscular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los cuidados de enfermería en las plantas de hospitalización implican desplazamientos continuos para poder abordar los cuidados con calidad. Actualmente los carros de trabajo no siguen un criterio de disposición y reposición, con lo que los desplazamientos en busca de material ausente en ellos por el espacio de trabajo son constantes y continuos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el material de los carros de trabajo de enfermería.
- Instaurar el hábito de revisiones y reposiciones por turno de los carros y revisión a fondo en el turno de noches. La reposición la realizarán los TCAEs.
- Optimizar los tiempos de desplazamientos durante el turno de trabajo de enfermería.
- Identificación de los carros y distribución de los materiales por especialidades.
- Aumentar el grado de satisfacción del equipo de enfermería (DUE y TCAE).

MÉTODO

- 3 reuniones de equipo (una por trimestre) donde se trabajarán los siguientes puntos:
Selección de material a colocar y diseño de la organización de los carros de trabajo haciendo partícipes a las TCAE para su posterior reposición.
Elaboración de un listado de material ordenado por cajones.
Confección de una encuesta para valorar grado de satisfacción de DUEs y TCAEs donde se reflejen posibles mejoras futuras.
Cumplimentación de la encuesta confeccionada tras un mes de funcionamiento de los nuevos carros. La cumplimentara un 75% del equipo de enfermería (DUEs y TCAEs).
Cortes mensuales para valorar si los carros están correctamente repuestos.

INDICADORES

Cumplimentación de la encuesta confeccionada. Un 75% DUEs y un 75% TCAEs.
Grado de satisfacción del equipo reflejado en la encuesta confeccionada.

DURACIÓN

Ordenación y confección de los carros y elaboración del listado de material: mes de abril.
Confección de la encuesta de grado de satisfacción del personal: mayo 2019.
Cumplimentación de la encuesta por parte del equipo de enfermería durante el último trimestre del año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0569

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CONTROL DE GESTION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIRAL DEMUR MARIA MATILDE
CALLAU PUENTE JOSE JAVIER
NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD
EIZMENDI BINDER ANA MARIA
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
ARTAL ROY JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Departamento de Sanidad lleva impulsando desde hace unos años la estrategia del programa de atención al ictus. Para este año 2019 sigue siendo una de las líneas estratégicas priorizadas. Uno de los objetivos que se pretenden es garantizar Implantación efectiva Unidades*/áreas de Ictus, para lo que es preciso la existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS y al que se asocien las camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.

En abril de 2019 se realiza una reunión con el coordinador de admisión del sector para planificar la creación de los GFHs en el sistema de gestión hospitalario. El coordinador de admisión junto con la jefe de servicio de admisión realizan la creación de los GFHs necesarios y los asignan a las camas correspondientes. Comunican al personal administrativo la creación de la unidad y establecen el protocolo de gestión administrativa de los pacientes que serán tratados en el área de ictus. Difunden esta información a los profesionales del servicio de urgencia para que soliciten camas de ictus cuando sea preciso.

Durante mayo a agosto se diseña y pilota un cuadro de mandos del área de ictus entre control de gestión y la secretaria de planta. Desde planta se obtienen listados diarios de hospitalización del área que facilitan el control de estos pacientes. Se comparan los datos de estancias obtenidos por el sistema informático HIS con los que gestiona la secretaria de planta y se observan pequeñas diferencias ocasionadas por la no solicitud de cama de ictus desde urgencias asociada a periodos estivales con personal de nueva incorporación. Se corrigen los errores observados.

En septiembre se da por finalizada la implantación y se normaliza el trabajo con la nueva área creada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores eran los siguientes:

Existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS: camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.
Existencia de un cuadro de mandos específico del área de ICTUS.

Ambos indicadores se han cumplido. La unidad de ictus cuenta con 4 camas con monitores fijos y dos extras a las que se puede poner monitor portátil, comprende la habitación 614 de mujeres y la 615 de hombres. La sistemática de funcionamiento es que una misma enfermera se encarga de todos los pacientes de la unidad (si hay 6, en principio sólo está ahí porque hay mucho trabajo) habitualmente lleva 2/3 pacientes fuera, si la unidad no está llena.

Existen criterios de ingreso en la unidad específicos nunca limitados por edad, pero si por situación funcional previa. Los pacientes con gran dependencia previa (ranking 4 o mayor) o esperanza de vida inferior a 3-6 meses no son candidatos.

El ingreso habitualmente es de 3 días para completar la monitorización cardiaca y los cuidados de fase aguda, después, si están estables salen a hospitalización normal.

Durante el ingreso en la unidad se realiza monitorización cardiaca continua para detección de arritmias, evitando la necesidad de realizar Holter ambulatorio al alta. Además, los cuidados de enfermería y médicos están protocolizados en función de si es el primer, segundo o tercer día de ingreso. Se aplican escalas específicas para control evolutivo desde enfermería (Glasgow y escala canadiense) que detectan de manera objetiva un empeoramiento. Test de disfagia en las primeras 12 horas para detectar riesgo de disfagia (atragantamiento) e inicio de dieta ajustada. Con esta medida se ha disminuido mucho la tasa de infección respiratoria por aspiración.

Se realiza un estrecho control de TA, glucemia capilar y saturación de oxígeno, que con adecuado control, son los parámetros que se relacionan con mejor pronóstico y situación funcional a los 3 meses. Se realiza RHB precoz (valoración en las primeras 24-48 horas de ingreso) e inicio de tratamiento en la habitación o en el gimnasio, si es posible. La habitación dispone de 6 sillones ergonómicos específicos, con ajuste de mesita para control de tronco.

La unidad de ictus está implantada en el sistema de información hospitalaria lo que permite un análisis de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0569

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE

estancias específicas de esta área tanto de forma separada como conjunta con el área de neurología.

Se ha creado un cuadro de mandos de la unidad de ictus lo que permite que actualmente se puedan conocer los ingresos, altas, estancias, detalle de los episodios de los pacientes de la estrategia de atención al ictus de una forma directa. Además se pueden obtener informes case mix de GRDs más frecuentes, índices funcionales, mortalidad, etc., proporcionando una información de gran valor a los profesionales, que les permite un mejor detalle la casuística de este tipo de pacientes.

A modo de resumen indicar que desde que se creó la unidad se han registrado 157 ingresos con un total de 496 estancias, reflejando una estancia media de 2,6 días y una edad media de 76,23 años. Estos episodios presentan un peso medio de 0,8965. Los principales GRDs relacionados son 045 - ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO y 047 - ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El hacer partícipes del proyecto a todas las unidades involucradas ha resultado uno de los puntos más importantes para poder conseguir la efectiva consecución de los objetivos.

Se trata de la segunda sección dentro de una unidad clínica que se codifica, anteriormente fue la UCC dentro de Medicina Interna. La creación de un GFH para el área de ictus facilita el control, seguimiento, monitorización y revisión de la actividad de esta sección dentro del servicio de neurología por parte de los profesionales responsables de la misma, al mismo tiempo que facilita a control de gestión la realización de la explotación de datos relacionados con esta estrategia de forma directa.

A partir de al año que viene habrá datos comparativos que permitirán realizar estudios evolutivos.

7. OBSERVACIONES.

Se puede remitir por correo electrónico el cuadro de mandos resultante y los informes GRDs obtenidos si fuera necesario para la evaluación.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/569 ===== ***

Nº de registro: 0569

Título
ADECUACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
MONTERO ALONSO GEMMA, GIRAL DEMUR MARIA MATILDE, CALLAU PUENTE JOSE JAVIER, NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD, EIZMENDI BINDER ANA MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, ARTAL ROY JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Departamento de Sanidad lleva impulsando desde hace unos años la estrategia del programa de atención al ictus. Para este año 2019 sigue siendo una de las líneas estratégicas priorizadas. Uno de los objetivos que se pretenden es garantizar Implantación efectiva Unidades*/áreas de Ictus, para lo que es preciso la existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS y al que se asocien las camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende cumplir con el objetivo establecido por el Departamento de Sanidad y, al mismo tiempo, la creación de un cuadro de mandos específica de ICTUS separado del cuadro de mandos de neurología para facilitar información a los profesionales sanitarios sobre la actividad realizada en el área de ictus. Actualmente no es posible ofrecer esta información puesto que las camas de ictus están integradas en el servicio de neurología y no están asociadas a un GFH de específico de ICTUS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0569

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE

MÉTODO

Las acciones previstas son las siguientes:

Creación por parte de Admisión de un GFH ICTUS dependiente de Neurología al que se le asignarán las camas que conforman el área de ICTUS.

Diseño de un cuadro de mandos específico de ICTUS por parte de Control de Gestión con colaboración de FEAs de neurología y con la secretaria de planta que actualmente registra de forma manual la actividad asistencial desarrollada en el área de ICTUS. Este cuadro de mandos se integrará en el general del servicio.

Obtención de estadísticas de CMBD del área de ICTUS según se vayan cerrando periodos de codificación de episodios de hospitalización.

INDICADORES

Existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS: camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.

Existencia de un cuadro de mandos específico del área de ICTUS.

DURACIÓN

La duración prevista es el año 2019. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Creación de los GFH por el servicio de Admisión.
- mayo - agosto -> Diseño del cuadro de mandos de forma conjunta entre Control de Gestión y Neurología.
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre - diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0014

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEO Y/O ARTROPÁTICO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ELENA DEL PRADO SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUQUE MAVILLA SILVIA
GARCIA MAGALLON BLANCA
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
ROSELLO PARDO ROSA
GILABERTE CALZADA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
: Se diseñó un algoritmo de desintensificación para dos ANTI-TNF(Adalimumab y Etanercept). Utilizamos escalas o indicadores de evolución de la enfermedad empleadas en Dermatología y Reumatología: PASI, DLQI, DL20 entre otros. Iniciamos la DESINTENSIFICACIÓN DEL 50% DE LA DOSIS DE CADA FÁRMACO en pacientes que hayan conseguido una respuesta de PASI > ó = 90 Y respuesta DLQI < ó =1 en tratamiento con anti tnf (adalimumab: el 50% de la posología sería bajar 1 semana porque se pinchan cada 2 semanas, es decir cada 3 semanas y etanercept: el 50% de la posología serían 3 días porque se pinchan cada semana) llegar a esa respuesta y mantenerla durante un mínimo de 3 meses consecutivos, independientemente del tiempo que hayan tardado en conseguirla, se seguirá con la desintensificación del fármaco cada 3 meses y siempre que mantengan una respuesta óptima, hasta un máximo de 3 desintensificaciones. El algoritmo sería: Adalimumab (1ª desintensificación: 1 vial /3 semanas. 2ª desintensificación: 1 vial/4 semanas. 3ª desintensificación: 1 vial/ +4 semanas. Etanercept(1ª desintensificación : un vial /10 días. 2ª desintensificación: 1 vial/2 semanas. 3ª desintensificación: 1 vial/3 semanas)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluyeron 23 pacientes de Dermatología y 8 pacientes de Reumatología, un total de 31 pacientes. 20 en tratamiento con adalimumab y 11 en tratamiento con etanercept. Los pacientes tratados con adalimumab, han conseguido mayor número de desintensificaciones y han mantenido la respuesta óptima durante periodos más largos de tiempos que los pacientes con etanercept en el psoriasis cutáneo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
1-Una vez que los fármacos ANTITNF han conseguido estabilizar la enfermedad(proceso autoinmune), en los pacientes seleccionados, no ha sido necesario seguirles tratando a las dosis establecidas por ficha técnica, sino que a dosis reducidas en un 50%, 75% e incluso 100% de la posología establecida por la ficha técnica seguían libres de enfermedad
2-El ahorro por paciente ha sido como mínimo el 50% del gasto farmacológico mensual por paciente.
LECCIONES APRENDIDAS:
1-Podría existir una diferencia de acción entre ambos fármacos, en cuanto a regular el sistema inmunitario de los pacientes a largo plazo, más evidente en los pacientes afectados de Psoriasis cutáneo.
2-Los facultativos especialistas hemos sido gestores-responsables, no sólo de la enfermedad de los pacientes, también del gasto farmacéutico y sanitario, dato importante para ser tenido en cuenta por las gerencias hospitalarias y las comisiones de farmacia, en la toma de decisiones y elaboración de protocolos a la hora de protocolizar uso de fármacos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/14 ===== ***

Nº de registro: 0014

Título
OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEO Y/O ARTROPÁTICO

Autores:
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, DUQUE MAVILLA SILVIA, GARCIA MAGALLON BLANCA, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, ROSELLO PARDO ROSA, GILABERTE CALZADA YOLANDA, GARCIA MALINIS ANA JULIA, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0014

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEO Y/O ARTROPÁTICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: artropatía psoriásica
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

Dado el importante número de pacientes con Psoriasis cutáneo y/o artropático, que se benefician de los tratamientos con fármacos biológicos que controlan y mantienen al paciente sin enfermedad, muchos de ellos durante más de 9 meses. Se iniciaron pautas posológicas alargadas en el tiempo (desintensificando dosis) y el paciente se sigue manteniendo sin enfermedad. Esto supone un beneficio tanto para el paciente que recibe menos dosis de medicación y sigue libre de enfermedad, como para el sistema de salud pues supone un importante ahorro en el gasto farmacéutico

RESULTADOS ESPERADOS

1-Protocolizar la pautas de desintensificación de los fármacos biológicos, cuando cumplan criterios médico dermatológicos y reumatológicos de evolución
2- disminuir la cantidad de medicamento suministrados a los pacientes una vez se encuentren libres de enfermedad y cumplan los criterios previos establecidos
3- colaboración conjunta por parte de los servicios de dermatología reumatología y farmacia en el manejo de éstos pacientes
4- disminuir el gasto farmacéutico hospitalario

MÉTODO

-Establecer un protocolo médico para cuando comenzar a desintensificar la medicación a los pacientes. Manejo de escalas dermatológicas: PASI, DLQI, y escalas reumatológicas. Cada servicio correspondiente diseñará el suyo y lo aplicará individualmente a sus pacientes y en conjunto derma-reuma cuando el paciente esté afecto de los dos sistemas y lleve el mismo biológico.
-diseñar tablas de excel por parte del servicio de Farmacia, para cada biológico desintensificado y calcular el ahorro anual con la nueva posología

INDICADORES

-escalas PASI Y DLQI para dermatología, controles cada 3, 6 y 9 meses de la desintensificación inicial
-escalas de reumatología para control a los 3, 6 y 9 meses de la desintensificación o espaciación de dosis
-escalas de farmacología para conocer el ahorro o disminución de gastos en los pacientes desintensificados

DURACIÓN

inicio Octubre 2016,
primeros controles enero 2017
segundos controles abril 2017
tercer control julio 2017
Finalización del proyecto 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 - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
GOMEZ GONZALEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano. Esto se consigue mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración. Actualmente se está realizando la implementación inicial a la cirugía de Mohs. Dado que es una técnica que requiere una colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Dermatología y dada la complejidad del mismo y del requerimiento de personal técnico y de mayor capacidad quirúrgica, se está realizando en casos de melanoma, carcinoma epidermoide y carcinoma Meckel, marcaje de los tumores para posterior estudio anatomopatológico y control de sus bordes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Minimizar la recidiva del tumor cutáneo
Incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo
Tasa de recidiva: actualmente de los tumores marcados intraoperatoriamente, sólo se ha producido una recidiva en un carcinoma de Merckel que presentaba afectación de planos profundos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control de los bordes del cancer de piel sobretodo en el caso de melanoma y carcinoma epidermoide, es primordial para el control de las recidivas posteriores. Aunque actualmente estemos realizando una implementación inicial con marcaje intraoperatorio y posterior estudio en parafina del tumor, nos permite conocer mejor el alcance de nuestra cirugía, así como valorar las tasas de recidivas. A pesar de las dificultades para poder realizar esta cirugía tanto por la necesidad de personal del Servicio de Anatomía Patológica y nuestra situación en Dermatología en este año, estando al 50% del personal, hemos aprendido y nos es satisfactorio, haber podido controlar el tumor y evitar recidivas dentro de nuestro proceso inicial de implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/103 ===== ***

Nº de registro: 0103

Título
PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

Autores:
GARCIA MALINIS ANA JULIA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, DEL VALLE SANCHEZ ELENA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, GILABERTE CALZADA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer cutáneo es un problema de salud mundial, ya que es la neoplasia maligna más frecuente, con una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

incidencia que aumenta anualmente entre 3-8%. La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano. Esto se consigue mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración.

Según el Registro de Cirugía de Mohs de la Academia Española de Dermatología (AEDV), puesto en marcha en 2013 (<http://aedv.es/investigacion/proyectos-de-investigacion/registro-nacional-de-cirugia-micrografica-de-mohs/>) un buen número de hospitales, tanto públicos como privados de nuestro país, realiza este tipo de cirugía de forma rutinaria. Aragón es una de las pocas Comunidades Autónomas que no dispone de ningún centro sanitario público o privado en el que ésta se lleve a cabo. Esto tiene dos consecuencias:

1. Los pacientes con indicación precisa de este tipo de cirugía han de ser derivados a otras comunidades para su intervención. Ello ocasiona alteraciones personales y sociales a los pacientes y sus familias, complejidad logístico-administrativa para el Servicio Aragonés de Salud y un gasto económico derivado de lo anterior para la institución.

2. Pacientes con indicación de cirugía de Mohs no reciben este tratamiento por las dificultades que supone su derivación a centros fuera de la Comunidad, con el riesgo de un mayor índice de persistencias y recurrencias tumorales y las complicaciones que de esto se derivan. Además, las persistencias y recurrencias se detectan más tardíamente, lo que puede condicionar una actitud terapéutica más agresiva o una pérdida de oportunidad potencialmente evitable.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: creación de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Unidad de Dermatología, para la realización de la Cirugía Micrográfica de Mohs, con el fin de incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo.

Objetivos secundarios:

- Minimizar la posibilidad de persistencia tumoral que condicionaría la recidiva del tumor.
- Preservar el mayor tejido sano peritumoral posible, de especial importancia en tumores faciales.
- Disminuir el impacto psicosocial y el gasto sanitario que de una derivación a un centro sanitario fuera de la Comunidad Autónoma.

MÉTODO

Criterios de inclusión:

- Personas con cáncer cutáneo que cumpla las indicaciones de cirugía de Mohs
- Firmar el consentimiento informado por escrito

Criterios de exclusión:

- Rechazo de la cirugía por parte del paciente
- Presentar patologías que puedan contraindicar una intervención quirúrgica.

MÉTODO

Las indicaciones principales para la cirugía de Mohs son los carcinomas basocelulares y espinocelulares; aunque, actualmente, las indicaciones para la realización de este tipo de cirugía se encuentran en aumento, teniendo que individualizar cada caso en función de las características del paciente y el tumor.

El paciente que presente un cáncer cutáneo, que cumpla indicaciones para el tratamiento con cirugía de Mohs, será incluido dentro de la lista de espera quirúrgica para cirugía de Mohs. Previo a la realización del proceso quirúrgico, en aquellos casos en los que el protocolo lo indique, se realizará una prueba de imagen complementaria para delimitar las dimensiones del tumor y permitir un mejor abordaje quirúrgico.

Una vez que el paciente se encuentra en la intervención quirúrgica, se realizarán todos los pases quirúrgicos necesarios, hasta que no se observe persistencia histológica tumoral, mediante el estudio anatomopatológico. Posteriormente, se procederá al cierre del defecto mediante cierre directo o reconstrucción mediante colgajo o injerto cutáneo, según precise.

Para la realización de éste proceso, la Unidad de Dermatología y el Servicio de Anatomía Patológica, se encuentran dotados de la infraestructura humana y técnica necesaria para llevar a cabo dicha cirugía. Además, requerirá de la presencia de dos dermatólogos para realizar la intervención, y de un técnico de anatomía patológica y un patólogo para el procesamiento y diagnóstico anatomopatológico de la muestra.

INDICADORES

Se han realizado reuniones con los diferentes facultativos que componen el proyecto con el fin de unificar criterios de inclusión, exclusión y derivación.

Se espera obtener:

Mejora en las tasas de curación medida mediante el porcentaje de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento tras una cirugía de Mohs comparado con el número los mismos tipos histológicos de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento antes de instaurarse la cirugía de Mohs.

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto octubre de 2016 y como mínimo una año de duración del mismo. Se realizará, en un inicio, una sesión mensual, que se modificará en función de las necesidades.

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 - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA DE MOHS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN

SOLANAS TREVIÑO RUTH

DEL PRADO SANZ MARIA ELENA

PLANAS LINARES DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Se ha evaluado la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:

o UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.

o DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.

o La disminución del gasto farmacéutico se ha obtenido de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

Actividades realizadas

o Se han realizados dos protocolos de desintensificación en pacientes que se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg:

o Primera pauta: optimización por bajada de dosis

1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses

2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses

3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses

4º Posteriormente, suspender tratamiento.

o En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o En la unidad de Dermatología, tenemos 21 pacientes en tratamiento con Omalizumab que cumplen criterios de inclusión del plan de calidad.

o A un paciente se le suspendió el tratamiento por falta de respuesta e ineficacia.

o 8 pacientes continúan con su dosis inicial.

o Con respecto a la primera pauta de desintensificación: 3 pacientes a dosis de 225 cada 4 semanas, 2 a dosis de 150mg cada 4 semanas, 2 pacientes a dosis de 75mg, todos en espera de suspensión y un paciente se ha llegado a suspender, por mejoría completa y ausencia de síntomas clínicos de urticaria.

o Con respecto a la segunda pauta: tres pacientes se han llegado a desintensificar de 2 a 3 semanas y dos pacientes, se ha llegado a suspender por estar asintomáticos tras desintensificación semanal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

o La implantación de un protocolo de desintensificación permite el mejor manejo de la urticaria crónica espontánea, minimizando la dosis de administración y de esta forma, minimizando los efectos adversos que suponen los tratamientos biológicos.

o Se ha conseguido la reducción gasto farmacéutico. La media del coste mensual por paciente es de 860 euros. Con reducción a dosis de 225, el coste se reduce a unos 700 euros mensuales. En los pacientes con dosis de 150, la reducción en gasto sanitario se ha reducido unos 430 euros y en el caso de los pacientes con dosis de 75mg a unos 210 euros mensuales. La reducción mensual en total ha llegado a un total de casi 3000 euros, sin contar los 3 pacientes que se ha llegado a suspender el tratamiento.

o Además en los pacientes, en los que se han conseguido una optimización por semanas el número de visitas se ha visto reducido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1430 ===== ***

Nº de registro: 1430

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Autores:
GARCIA MALINIS ANA JULIA, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, SOLANAS TREVIÑO RUTH, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, PLANAS LINARES DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La urticaria es una de las afecciones cutáneas más frecuentes en nuestro medio con una prevalencia estimada de entre el 0,5 y el 1% de la población general. La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la presencia de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas de causa desconocida y no inducible. La UCE representa cerca del 70% de todas las urticarias crónicas, generando una importante repercusión en la calidad de vida del paciente dado su difícil manejo terapéutico. El manejo de la UCE supone varios eslabones terapéuticos. Inicialmente se pauta antihistamínicos orales a dosis de ficha técnica. En caso de no respuesta a dosis regulares de antihistamínicos-H1 de segunda generación se recomienda el uso de hasta 4 veces la dosis pautada o cambio otro antihistamínico. En los casos refractarios la tercera línea de tratamiento correspondería al uso de omalizumab, ciclosporina o añadir un antagonista de leucotrienos, entre otros. El uso de corticoides sistémicos solo estaría recomendado para el manejo de las exacerbaciones agudas en pautas cortas de menos de una semana. El Omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que se une selectivamente a la IgE libre y ha sido aprobado para el tratamiento de la UCE. La dosis recomendada para el tratamiento de la UCE con Omalizumab es de 300 mg cada 4 semanas.

RESULTADOS ESPERADOS

- realizar e implementar un protocolo de desintensificación del tratamiento con Omalizumab en pacientes con UCE en la consulta de Dermatología.
- Disminuir el gasto farmacéutico y sanitario.
- Disminuir el número de visitas del paciente.
- Disminuir el número de reacciones adversas asociados al fármaco y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la calidad de vida del paciente.

MÉTODO

- Criterios de inclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab controlada con UAS: 0-1 y UAS7 : =7.
 - Criterios de exclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab no controlada o con UAS 7 mal controlado, superior a 7.
- Los pacientes que cumplan criterios de inclusión y que inicialmente se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg cada 4 semanas, irán optimizando su pauta de la siguiente forma:
- 1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses
 - 2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses
 - 3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses
 - 4º Posteriormente, suspender tratamiento.
- En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

INDICADORES

Indicadores y evaluación
Se evaluará la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:
- UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.
- DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.
La disminución del gasto farmacéutico se obtendrá de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

DURACIÓN

Enero a Diciembre de 2018. Actualmente ya se está realizando la optimización y desintoxicación del tratamiento en los pacientes con UCE en el servicio de Dermatología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ANA JULIA GARCIA MALINIS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 6 sesiones formativas, en los 6 centros de salud dependientes del Hospital de Jaca, en las siguientes fechas:

- 13 de Febrero C.S Berdún
- 22 de Febrero C.S. Broto
- 13 de marzo C.S Biescas
- 27 de marzo C.S. Hecho
- 3 de abril C.S Jaca
- 10 de abril C. S Sabiñanigo

La sesión se iniciaba a las 8h de la mañana y su duración era de una hora y cuarto. Los asistentes han contado con un documento de consulta, en el que se abarcaba los tratamientos recomendados para las patologías dermatológicas susceptibles de tratamiento en Atención primaria. Este documento, era remitido con anterioridad a la realización de las sesiones, vía correo electrónico, a los coordinadores de los centros de salud, con el fin de poder tenerlo durante la sesión. Además, una vez realizada la sesión, el PowerPoint, con todas las imágenes, se dejaba a disposición de los asistentes, con el fin de tener más material de consulta.

La sesión abarcaba los siguientes puntos:

- Definición de urgencias absolutas en dermatología
- Definición de patología preferente en dermatología
- Definición de patología no urgente en dermatología

Dentro del apartado patología preferente, se dividió en dos apartados: patología tumoral y no tumoral. En este apartado se mostró que enfermedades cutáneas requieren una derivación preferente por parte del médico de Atención Primaria (MAP), como por ejemplo: Melanoma, carcinoma epidermoide, enfermedades ampollasas, etc.

En el siguiente apartado, que habla de la patología no urgente en dermatología, se hace hincapié en el papel fundamental del MAP, en el tratamiento de estas patologías y de su gran capacidad para poder tratarlas en el ámbito de Primaria. En este punto, se describen las siguientes patologías y protocolos de actuación en AP:

- Alopecia difusa
- Alopecia areata
- Verrugas vulgares
- Molluscum contagiosum
- Condiloma acuminados
- Acné
- Dermatitis seborreica
- Dermatitis atópica leve
- Pitiriasis versicolor
- Queratosis actínicas
- Urticaria Aguda
- Onicomycosis
- Psoriasis
- Rosácea

En cada una de las patologías cutáneas, se explica cómo es la clínica de la misma, como hacer un buen diagnóstico y que pasos realizar en el tratamiento, así como en qué momento derivar al especialista. Todo ello acompañado de imágenes de cada una de las enfermedades cutáneas para su correcta comprensión, y del documento de consulta, que permitía de esta forma tomar apuntes, de cualquier duda que podría surgir a lo largo de la sesión.

Por último, se habló de un apartado en el que incluían las lesiones dermatológicas que no son patológicas, es decir, aquellas que no requieren ningún tratamiento, al tener un curso totalmente banal, como las siguientes:

- Puntos rubí
- Lentigos solares-Fotoenvejecimiento
- Queratosis seborreicas
- Melasma
- Hiperplasias sebáceas
- Fibromas blandos
- Telangiectasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

- Clavo plantar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el fin de analizar, si se han cumplido los objetivos propuestos, se han analizado una serie de datos obtenidos en la consulta de dermatología del Hospital de Jaca y el número de asistentes en cada sesión.

El número de asistentes en cada centro de salud fue:

- Berdún: 2 médicos, 2 enfermeras y 1 administrativo
- Biescas: 5 médicos
- Broto: 3 médicos y 2 enfermeras
- Hecho: 3 médicos y 1 administrativo
- Sabiñanigo: 7 médicos y 2 enfermeras
- Jaca: 11 médicos y 1 enfermera

Los datos obtenidos en la consulta de dermatología, fueron recogidos tres meses antes y tres meses después de cada sesión, en pacientes derivados como primera visita. Se recogieron las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Centro de Salud
- Médico de Atención Primaria
- Fecha de derivación y modalidad (normal o preferente)
- Fecha de consulta en Dermatología
- Motivo de consulta y sospecha diagnóstica por parte de AP
- Diagnóstico dermatológico

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS (Versión 20.0, Armonk, NY: IBM Corp.)

Se han analizado un total de 360 pacientes en el periodo descrito. Si los dividimos por centros de salud:

- Centro de salud de Berdún: 11 pacientes (3,1%)
- Centro de Salud de Broto: 10 pacientes (2,8%)
- Centro de Salud de Biescas: 13 pacientes (3,6%)
- Centro de Salud de Hecho: 20 pacientes (5,6%)
- Centro de Salud de Jaca: 204 pacientes (56,7%)
- Centro de Salud de Sabiñanigo: 102 pacientes (28,3%)

La media de edad de los pacientes en general, es de 51,56 años con una desviación de 25,09. Más de la mitad de los pacientes derivados eran de mujeres (56,8%) con respecto a los hombres (43,2%).

La media de días de espera entre que el paciente es remitido y posteriormente atendido en la consulta de Dermatología es de 68,75 días ($\pm 39,93$).

Se han codificado más de 50 diagnósticos dermatológicos distintos, siendo el motivo de consulta de derivación más frecuente el cambio en la morfología de un nevus o revisión de nevus (13,9%). Sin embargo, el 30% de los casos remitidos, en el motivo de consulta, no hay una sospecha diagnóstica clara, sino una tendencia a la descripción de los casos y sintomatología añadida, así como tratamientos pautados. Así mismo, la concordancia a nivel general, entre la sospecha diagnóstica emitida por AP y el diagnóstico de dermatología es de un 42,9%.

Solo el 12% del total de las derivaciones fueron remitidas de forma preferente. Y en general más del 85% de los pacientes acudieron a su cita programada.

Estos mismos datos se han dividido por cada centro de salud:

- A) Centro de Salud de Berdún:
 - a. Total de pacientes: 11
 - b. Edad media: 39,7 años
 - c. Sexo: 5 hombres, 6 mujeres
 - d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (13 de Febrero de 2019): 10 pacientes
 - e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 1
 - f. Carácter de derivación: Normal, todos los pacientes
 - g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 71 días
 - h. Asistencia a la consulta: 100%
 - i. Motivo de consulta más frecuente: verruga vírica (3 pacientes)
 - j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión (1 mes): no valorable
 - k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión (1 mes): no valorable
 - l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia total del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 55%

- B) Centro de Salud de Broto:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

- a. Total de pacientes: 10
b. Edad media: 52,5 años
c. Sexo: 2 hombres, 8 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (22 de Febrero de 2019): 7 pacientes
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 3 pacientes
f. Carácter de derivación: 90% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 71 días
h. Asistencia a la consulta: 80% (8 pacientes)
i. Motivo de consulta más frecuente: tienden a la descripción de los casos, seguido de nevus.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: no valorable
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: no valorable
l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia total del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 40%
- C) Centro de Salud de Biescas:
a. Total de pacientes: 13
b. Edad media: 61,62 años
c. Sexo: 6 hombres, 7 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (13 de Marzo de 2019): 9
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 4
f. Carácter de derivación: 92.3% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 68 días
h. Asistencia a la consulta: 86.4% (11pacientes)
i. Motivo de consulta más frecuente: tienden a la descripción de los casos, seguido de verrugas víricas y queratosis actínicas.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: no valorable
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: no valorable
l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 46,2%
- D) Centro de Salud de Hecho:
a. Total de pacientes: 20
b. Edad media: 46,81 años
c. Sexo: 7 hombres, 13 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (27 de marzo de 2019): 17
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 3
f. Carácter de derivación: 78,9% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 66 días
h. Asistencia a la consulta: 89,5%
i. Motivo de consulta más frecuente: tendencia a la descripción de los casos, seguido de nevus y psoriasis.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: no valorable
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: no valorable
l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 42,1%
- E) Centro de Salud de Jaca
a. Total de pacientes: 204
b. Edad media: 50,63 años
c. Sexo: 82 hombres, 114 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (3 de abril de 2019): 158
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 46
f. Carácter de derivación: 88% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 69 días
h. Asistencia a la consulta: 85,1%
i. Motivo de consulta más frecuente: descripción de los casos, seguido de nevus y queratosis seborreicas
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión (1 mes antes): 47,8%
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: 28,8%
l. Concordancia a nivel general: 39,9%
- F) Centro de Salud de Sabiñanigo
a. Total de pacientes: 102
b. Edad media: 53,72%
c. Sexo: 47 hombres, 49 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (10 de abril de 2019): 78
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 24
f. Carácter de derivación: 90%, normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 66 días
h. Asistencia a la consulta: 85,9%
i. Motivo de consulta más frecuente: tendencia a la descripción de los casos, seguido de nevus.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: 59,1%
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: 30%
l. Concordancia a nivel general: 47,1%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación en AP es imprescindible para correcto funcionamiento del eje entre atención primaria y atención especializada. Con este proyecto hemos podido observar, el interés que se tiene desde AP de aprender y consolidar la patología dermatológica y así se ha podido confirmar mediante el número de asistentes y la buena acogida en cada uno de los centros de salud.

El porcentaje de pacientes de primera visita reclutados en los 6 meses, ha permitido valorar múltiples datos. Los pequeños centros de salud como Hecho, Berdún, Biescas y Broto, supone solo un porcentaje muy pequeño de derivación, 15,1% del total, a pesar de que la suma de población de las 4 zonas de salud sea de 8852 habitantes (Fuente: Mapa Sanitario 2007). La localización y dispersión geográfica, puede contribuir a ese porcentaje tan bajo. En los cuatros centros, se produjo además, una disminución de las derivaciones, en los meses posteriores a la sesión y un nivel de concordancia muy similar entre ambos rondado un 40 -50%.

Los centros de salud que más derivaron fueron Sabiñanigo y sobretodo Jaca, doblando en número al anterior.

La población que abarca el C.S de Sabiñanigo es de 9944 (Fuente: Mapa Sanitario 2007). El porcentaje de derivación fue de un 28,3%, el doble en relación con el porcentaje de las cuatro zonas ya descritas previamente. Lo que se observa es un importante descenso de derivación, tras la realización de la sesión. Esto explicaría la disminución del porcentaje de concordancia entre AP y dermatología tras la sesión: menor número de derivaciones, pero derivaciones con más dificultad diagnóstica y/o de tratamiento.

Con respecto al CS de Jaca, es el centro que más deriva con 204 pacientes, un 56,7% total, a pesar que la población que abarca es de 14783 habitantes (Fuente: Mapa Sanitario 2007). Una de las razones más probables, es el fácil acceso al Hospital de Jaca. También se observa una disminución de la derivación tras la sesión. Y al igual que en Sabiñanigo, se produce una disminución del porcentaje de concordancia diagnóstica, que se traduciría a menor número de derivaciones, pero derivaciones con más dudas diagnósticas o de tratamiento.

Estos datos nos hacen plantearnos, que a corto plazo, la realización de una formación en AP, es necesaria y se obtienen una serie de beneficios. En los meses posteriores a la sesión, en todos los centros se produjo una reducción del número de derivaciones, de esta forma reducimos la lista de espera y permitimos una mejor derivación con prioridad a la patología preferente. A largo plazo, habría que valorar, realizar sesiones de recuerdo, incidiendo en la patología banal que no hay que remitir y la patología preferente. No sólo para asentar conocimientos, sino también para el aprendizaje, debido a los cambios de personal que dan en los centros de salud.

La actualización de los conocimientos de los médicos de atención primaria, permite aumentar las competencias diagnósticas y terapéuticas en enfermedades dermatológicas. El mayor conocimiento de las patologías cutáneas que el MAP capaz de reconocer y de resolver, se traduce en términos objetivos:

- Disminución del número de derivaciones
- Disminución de la lista de espera
- Disminución del número de desplazamientos de los pacientes
- Aumento de la satisfacción del paciente y del MAP por la resolución del problema dermatológico
- Derivaciones de calidad
- Buenas relación y comunicación entre el MAP y especialista

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/640 ===== ***

Nº de registro: 0640

Título
CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

Autores:
GARCIA MALINIS ANA JULIA, RIVILLA MARUGAN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros

Otro tipo Objetivos: Este proyecto se encuentra dirigido a los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania, para el beneficio de la población en general.

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Las listas de espera y el diagnóstico precoz son dos situaciones incompatibles. La dermatología en Atención primaria, supone un grueso importante de las consultas que se realizan en el ámbito de la primaria. La derivación de procesos o dudas estéticas, aumentan las listas de espera de la consulta en Dermatología, haciendo que patologías que precisan un diagnóstico precoz, como el melanoma, se queden perdidas entre tanta lesión benigna y no se pueda actuar de forma precoz. Para evitar estas circunstancias, es necesario el aumento del conocimiento y motivación de los médicos de atención primaria, así como una coordinación efectiva con su dermatólogo/a de referencia

Los tratamientos en dermatología evolucionan con gran rapidez, por lo que sería fundamental que los profesionales de Atención Primaria reciban una formación periódica. Este hecho es especialmente difícil en un área como la nuestra, con gran dispersión geográfica y formación centralizada en capitales de provincia. El desplazamiento para formación, a unos profesionales que ya de por sí realizan largos desplazamientos para su trabajo diario, supone una dificultad importante para la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- o Reducir la lista de espera de primeras visitas en la consulta de Dermatología en el Hospital de Jaca.
- o Aumentar los conocimientos de los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania. Potenciar su capacidad de tratar patologías benignas e incidir en la derivación precoz de lesiones sospechosas de malignidad
- o Reducir la derivación de lesiones cutáneas meramente estéticas.
- o Reducir el tiempo de espera del Melanoma y el cáncer cutáneo no melanoma
- o Mejorar la coordinación de los profesionales de Atención Primaria con su dermatólogo de referencia

Este proyecto se encuentra dirigido a los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania, para el beneficio de la población en general.

MÉTODO

Realizar una sesión en los 6 centros de salud que dependen del Hospital de Jaca: C.S de Berdun, C.S De Broto, C.S de Biescas, C.S de Hecho, C.S de Jaca y C.S de Sabiñanigo.

Para ello se desplazaran, la especialista en Dermatología y un médico de Atención primaria a todos los centros. La sesión cuya duración es de una hora, tiene como objetivo incrementar los conocimientos de los MAP, en patología preferente y patología ordinaria, así como aquellas lesiones no susceptibles de derivación.

Además de la sesión, se hará llegar a los profesionales de Atención Primaria un documento de consulta, elaborado por su dermatóloga de referencia, con los tratamientos recomendados para las principales patologías susceptibles de ser tratadas en atención primaria

INDICADORES

- Número de asistentes a las sesiones.
- 1 mes antes de la sesión de cada centro se recogerán todas las derivaciones realizadas con su diagnóstico de derivación y se comparará con las derivaciones realizadas un mes posterior a la sesión en el centro.
- Esto se repetirá a los 6 meses.

DURACIÓN

La recogida de datos y las sesiones se darán durante 2019.

Ya se han realizado dos sesiones:

13 de Febrero C.S Berdún

22 de Febrero C.S. Broto

Falta por realizar:

13 de marzo C.S Biescas

27 de marzo C.S. HECHO

3 de abril C.S JACA

10 de abril C. S Sabiñanigo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

1. TÍTULO

CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0839

1. TÍTULO

CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE LUCIA PRIETO TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
GARCIA MALINIŞ ANA JULIA
SOLANAS TREVIÑO RUTH
SANCHEZ BERNAL JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El calendario marcado para la realización del proyecto era de enero a diciembre de 2019. Durante este tiempo se ha comunicado al Servicio de Anestesia la disponibilidad para utilizar quirófano compartido con sedación o anestesia general que anteriormente se realizaba en el quirófano de urgencias. Por la dificultad que ha entrañado en ocasiones se ha optado por adaptar los recursos disponibles en el quirófano local de dermatología, poniéndonos previamente en contacto con el servicio de anestesia, pero no ha sido posible la anestesia general, únicamente la sedación.

Cuando no ha habido problemas ajenos al proyecto (ver observaciones) se han llevado a cabo 2 quirófanos semanales, 1 quincenal por Dermatólogo. En el quirófano del martes se han realizado intervenciones conjuntas entre varios dermatólogos (Dra García-Dra Coscojuela y Dra Garcia -Dra Prieto) que han contando con la participación de anestesia para sedar a los pacientes cuando ha sido necesario.

Se han recibido pacientes del servicio de traumatología para intervenciones de patología ungueal.

Se les ha comunicado mediante consentimiento informado a los pacientes la cirugía que iba a realizarse y la satisfacción expresada por la posibilidad de realizar la intervención quirúrgica en el hospital de Huesca o en Jaca, sin tener que desplazarse a otros centros ha sido elevada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Durante el 2019 se han intervenido un total de 464 pacientes en el servicio de Dermatología del Hospital San Jorge y 119 pacientes en el Hospital de Jaca.
- De estos pacientes, un 16% de los intervenidos en el Hospital San Jorge (73/464) y un 30,25% (36/119) del Hospital de Jaca, han sido cirugías Complejas, plastias o injertos, que se ha evitado derivar a otros centros (Cirugía Plástica HUMS) con la implementación del proyecto.
- Se han extirpado tumores cutáneos malignos o sospechosos incluyendo 8 melanomas y 230 carcinomas.
- Se han intervenido 15 uñas procedentes del servicio de traumatología.
- Menos del 5% de los pacientes atendidos en consultas externas han requerido ser derivados a otros servicios u otros centros para realización de otras técnicas quirúrgicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La puesta en marcha de este proyecto ha sido sencilla y poco costosa para el Hospital.
- La satisfacción de los pacientes es elevada por implicar una intervención rápida de sus lesiones, lo que reduce secuelas estéticas y funcionales, así como reduce la posibilidad de metástasis en los melanomas u otros tumores malignos.
- El gasto que implica la derivación de pacientes a otros centros del servicio aragonés de salud para el sector de Huesca se ha reducido al reducirse las derivaciones al servicio de cirugía plástica del HUMS que implican en muchos pacientes ancianos transporte en ambulancia, así como el gasto que supone para los pacientes desplazarse a otros centros.
- Sería recomendable disponer de un quirófano con anestesia general más fácilmente accesible para nuestro servicio, como era anteriormente el de urgencias, para agilizar la intervención de pacientes ancianos que requieren cirugías complejas.

7. OBSERVACIONES.

Por problemas de bajas médicas de dos de las Dermatólogas durante varios meses del 2019 y cambios en el personal del servicio, los resultados referentes a la espera para ser intervenidos no han podido ser evaluados de forma objetiva.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/839 ===== ***

Nº de registro: 0839

Título
CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0839

1. TÍTULO

CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Autores:

PRIETO TORRES LUCIA, GARCIA MALINIS ANA JULIA, SOLANAS TREVIÑO RUTH, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: Cáncer cutáneo
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía de la piel constituye una parte esencial de la labor diaria del dermatólogo, quien es el especialista que diagnostica en la mayoría de las ocasiones la benignidad o malignidad de una lesión cutánea. Para obtener los mejores resultados en la práctica quirúrgica debemos disponer de un local con instrumental adecuado, medios técnicos y de personal y combinar las mejores indicaciones técnicas tanto para la extirpación como para la posterior reconstrucción.

En el momento actual en nuestro servicio disponemos de quirófanos locales, donde cada dermatólogo puede intervenir con periodicidad quincenal los tumores que no pueden extirparse en la consulta y que se realizan tras anestesia local aplicada por el propio dermatólogo y sin cirujano ayudante. Este quirófano local es suficiente para la intervención de tumores de pequeño tamaño que no requieren reconstrucciones complejas. Sin embargo, en nuestro medio rural de la provincia de Huesca no es infrecuente encontrarnos con tumores cutáneos de mayor tamaño o localizados en regiones anatómicas como la cara o el cuero cabelludo, donde la reconstrucción es más compleja. Durante la formación como Dermatólogos de los miembros de la unidad este tipo de lesiones, como ocurre en otros hospitales de nuestra comunidad, como el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se intervienen en un quirófano de cirugía mayor ambulatoria (CMA), con un anestesista que aplica sedación a los pacientes para que toleren mejor la cirugía y un cirujano ayudante que permita mejorar la puesta en práctica de la técnica quirúrgica.

Dado que estas necesidades de CMA para pacientes con tumores cutáneos del Hospital San Jorge no se cumplen en el momento actual algunos pacientes deben ser derivados a Cirugía Plástica al Hospital Miguel Servet para la realización de estas intervenciones que podrían realizarse en nuestro hospital, evitando a los enfermos un desplazamiento incómodo y costoso tras la cirugía, y al Servicio Aragonés de Salud, y en especial al sector de Huesca, el gasto que conlleva la derivación de pacientes a otros centros.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir las derivaciones de los pacientes con Melanoma o cáncer cutáneo no melanoma a otros servicios, como Cirugía Plástica o Cirugía General, acortando así el tiempo de espera quirúrgico de estos pacientes.
- La aplicación de la técnica quirúrgica más adecuada en función de la naturaleza del tumor cutáneo.
- Disminuir el gasto que supone la derivación a otros servicios fuera del sector Huesca.
- Mejora de la calidad de vida del paciente, no requiriendo traslados a otros servicios.

MÉTODO

La puesta en marcha de este proyecto es sencilla y poco costosa para el Hospital. Consiste en habilitar una vez cada 30-45 días un quirófano de CMA para dermatología con un anestesista que pueda practicar sedación a los pacientes y dos de las dermatólogas de la unidad pueden turnarse para realizar las cirugías. Los pacientes que sean vistos en las consultas con tumores cutáneos de gran tamaño o en localizaciones comprometidas que no puedan realizarse en el quirófano local serán seleccionados y programados en este quirófano.

INDICADORES

- La disminución de las derivaciones externas del servicio pueden evaluarse de forma comparativa entre las derivaciones durante el primer año en el que se implante este quirófano y el mismo periodo de tiempo en el año anterior.
 - El tiempo de espera quirúrgico en función del tipo de tumor cutáneo también es un indicador que puede evaluarse de forma objetiva
- La satisfacción y la preferencia de los pacientes de ser operados en el Hospital de Huesca o derivados a Cirugía Plástica en Zaragoza también puede ser evaluada mediante encuesta a los pacientes

DURACIÓN

Si Dirección médica, dirección de enfermería y del bloque quirúrgico así como el servicio de Anestesia están de acuerdo, por tratarse de un quirófano de CMA cada 30-45 días en función del volumen de pacientes, la organización del mismo es sencilla y puede prolongarse de forma indefinida si los resultados del proyecto son favorables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0839

1. TÍTULO

CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
OLIVAN GUERRI LORENZO
LAMBAN AISA ANA
BER NIETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de protocolos, de acuerdo con los Servicios de Microbiología y Medicina Preventiva, para valorar estados de inmunización.
2. Coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva para evaluar de forma individualizada la necesidad de vacunaciones, así como el protocolo de entrega de las mismas (o, en su defecto, de las recetas necesarias para su obtención).
3. Elaboración de protocolos, de acuerdo con los Servicios de Microbiología y de Extracciones, para valorar la presencia de Tuberculosis activa o latente mediante la utilización de Mantoux (con o sin Booster) y Quantiferon.
4. Remisión de pacientes a realización de las pruebas necesarias para comprobar estado inmunitario y descartar TBC activa o latente, todo ello de forma individualizada según su patología, antecedentes y tratamientos activos o futuros.
5. Comprobación rutinaria de los Checklist de valoración del estado inmunitario durante las visitas en la consulta monográfica para prevención de infecciones oportunistas.
6. Elaboración por parte de la Dra. Ber de hojas de información acerca de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado. Actualmente estas hojas se encuentran accesibles a través de la página web de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG),
 - a. HOJAS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN:
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04_infogastrum_enfermedad_crohn_web.pdf
 - b. HOJAS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA:
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/10_infogastrum_colitis_ulcerosa_web.pdf
7. Entrega y explicación durante las visitas de dichas hojas informativas.
8. Mejora en el circuito de derivación, tanto de pacientes de nuevo diagnóstico, como de otros que así lo precisen, desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME).
9. Atención continuada de las formas de contacto rápido de los pacientes con los responsables de la CME y de la Unidad de EII.
10. Colaboración con alumnos de la Facultad de Nutrición para la valoración de parámetros nutricionales, incluyendo los obtenidos por báscula de bioimpedancia, así como para asesoramiento nutricional de aquellos pacientes que lo precisen.
11. Gestión de la citación de peticiones derivadas de las consultas médicas y de citas solicitadas por el propio paciente a través de los medios de contacto.
12. Colaboración en estudios multicéntricos en los que participa la Unidad mediante apoyo en el reclutamiento, el seguimiento, las extracciones sanguíneas y el procesamiento de muestras.
13. Introducción de nuevos casos y actualización de los ya incluidos en el registro nacional de pacientes (Base de Datos ENEIDA).
14. Reuniones entre facultativos médicos y quirúrgicos encargados de la atención de pacientes con EII y enfermeros de la CME para adecuar el seguimiento de los protocolos establecidos, resolver dudas, unificar criterios y valorar nuevas necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración de un protocolo coordinado con Microbiología y M. Preventiva, así como lograr la logística para administrar vacunas en la CME: Realizado el protocolo y remitidos para su seguimiento todos los pacientes de nuevo diagnóstico y aquellos con dudas sobre su inmunización previa. Actualmente la administración de vacunas se realiza de forma centralizada para todo nuestro centro hospitalario a través del Sº de Medicina Preventiva.
- Elaboración de protocolos para valorar presencia de TBC activa o latente: Realizado el protocolo y remitidos para su seguimiento todos los pacientes de nuevo diagnóstico.
- Elección de parámetros analíticos y medidas antropométricas para valorar el estado nutricional, estableciendo los momentos de realización: Realizado. La mayor parte de los pacientes en seguimiento en una de las consultas médicas de EII han sido valorados y realizadas recomendaciones individualizadas a través de la CME en colaboración con estudiantes de la Facultad de Nutrición.
- Creación, para su difusión online o en papel, de hojas informativas: Realizadas las hojas informativas. Accesibles on-line y entregadas durante la primera visita en la CME.
- Mantener reuniones periódicas entre facultativos y enfermeros de la CME para resolver dudas de actuación y valorar necesidades: Realizadas dos reuniones regladas anuales además de contacto permanente en caso de necesidades puntuales.
- Pacientes valorados en la CME: Durante los años 2016 y 2017 se han realizado un total de 1077 visitas y consultas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

- * Vistas presenciales: 632, de las cuales 177 han sido primeras visitas y 455 consultas sucesivas.
- * Consultas telefónicas: 205.
- * Consultas vía correo electrónico: 240.
- * Resolución sin necesidad de modificar la visita médica aproximadamente del 85% de las consultas.
- Pacientes con checklist de inmunización: Todos los pacientes con nuevo diagnóstico de EII durante 2016 y 2017 han sido valorados y se les ha abierto el checklist en la CME, el cual es completado de forma progresiva durante su seguimiento.
- Días de espera para la primera consulta ordinaria en la CME: Menor a 10 días.
- Participación en investigación. - Estudio de incidencia en EII: Registro de datos, extracción analítica y procesamiento de muestras.
- Estudio Legacy: Registro de datos.
- Eneida: Registro de datos.
- Establecer e incorporar a la CME cuestionarios de CVRS y psicosociales, así como decidir los momentos de realización. - Pendiente de realización.
- Creación de página web propia. - Pendiente de realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- ? El seguimiento de los protocolos creados para conocer el estado inmunitario del paciente y la presencia de enfermedades latentes, así como la continua utilización de los checklist de comprobación, permiten mejorar la seguridad en la utilización de fármacos con potenciales efectos adversos graves.
- ? A través de las hojas de información creadas y entregadas, así como mediante la posibilidad de acceder a páginas webs con contenido verificado, es posible mejorar la autonomía del paciente ayudando a corto y medio plazo en la capacidad para entender los tratamientos a los que se les va a someter así como para formar parte activa en la elección de los mismos.
- ? La labor de la CME permite aumentar la disponibilidad del equipo encargado de la salud de los pacientes con EII (médicos y enfermeros) así como su atención precoz y la resolución temprana de problemas relacionados con su enfermedad o con los fármacos utilizados. Igualmente la colaboración en estudios de investigación mejora la posibilidad de participación de toda la Unidad en ellos.
- ? En este momento quedaría pendiente completar la incorporación de cuestionarios psicosociales y de calidad de vida relacionados con la salud que permitirían valorar de forma más objetiva estos aspectos en los pacientes, relacionándolo con los tratamientos y la actuación por parte de la Consulta Monográfica. Igualmente la elaboración de una página web propia podría mejorar el conocimiento tanto acerca de la Unidad de EII como de su propia enfermedad, si bien esto queda actualmente corregido de forma parcial mediante la utilización de páginas web de las asociaciones y grupos de trabajo en EII de las que los miembros de la Unidad forman parte (AEG y GETECCU).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/118 ===== ***

Nº de registro: 0118

Título
IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autores:
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLIVAN GUERRI LORENZO, LAMBAN AISA ANA, BER NIETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una entidad que a menudo requiere tratamientos costosos con potenciales efectos adversos graves. Su abordaje multidisciplinar ha promovido la creación de Unidades específicas de manejo integral. De acuerdo con distintos Consensos sobre las Unidades de EII, la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

monográfica de enfermería (CME) resulta esencial para optimizar la asistencia, mejorar la autonomía de pacientes, supervisar tratamientos, prevenir complicaciones y facilitar un acceso rápido a los pacientes. Durante el segundo semestre de 2015 y el 2016 se ha desarrollado el proyecto "CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL". La CME comenzó de forma parcial a finales de 2015 y de forma reglada en 2016. Actualmente hay adscritos dos enfermeros, específicamente formados, que cuentan con dos jornadas para atención directa al paciente y con 2 horas el resto de jornadas dedicadas a actividades relacionadas y a resolución telemática de consultas. Hasta Junio de 2016 se han atendido unas 500 visitas y 100 consultas telemáticas. De éstas se resolvieron sin visita médica un 92%, se adelantaron consultas médicas en un 5% y se ingresaron 3 pacientes sin acudir a Urgencias. Complementariamente han participado en estudios y en la actualización de casos en un registro nacional. Así, actualmente la CME está ofreciendo diversos servicios que progresivamente deben ir aumentando para mejorar su calidad de atención. Entre estas competencias a implementar podría destacarse la valoración continua de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y del estado nutricional, la prevención de infecciones y aumentar la información proporcionada a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Mejorar la valoración de la CVRS y el abordaje psicosocial.
- 2- Lograr la logística necesaria para una adecuada evaluación nutricional mediante parámetros nutricionales y antropométricos.
- 3- Aumentar la información proporcionada a pacientes en situaciones especiales o que vayan a recibir tratamiento.
- 4- Asegurar una correcta profilaxis de enfermedades infecciosas en individuos a riesgo mediante protocolos multidisciplinares.
- 5- Aumentar la información online propia sobre la EII y sobre la Unidad.
- 6- Coordinar y facilitar la relación con otras unidades (Hospital de día, Farmacia, Granulocitoaféresis, etc).

MÉTODO

- 1- Establecer e incorporar a la CME cuestionarios de CVRS y psicosociales, así como decidir los momentos de realización.
- 2- Elección de parámetros analíticos y medidas antropométricas para valorar el estado nutricional, estableciendo los momentos de realización.
- 3- Creación, para su difusión online o en papel, de hojas informativas individualizadas para pacientes en situaciones concretas (mujeres en edad fértil, ancianos, etc) y acerca de cuidados y precauciones para pacientes en tratamiento (Inmunomoduladores, biológicos, etc).
- 4- Elaboración de un protocolo coordinado con Microbiología y M. Preventiva, así como lograr la logística para administrar vacunas en la CME.
- 5- Creación de página web en la que incluir tanto información de la Unidad y su personal, como información útil para pacientes.
- 6- Mantener reuniones periódicas entre facultativos y enfermeros de la CME para resolver dudas de actuación y valorar necesidades.

INDICADORES

- 1- Porcentaje de pacientes con test de CVRS y psicosocial realizados en un año.
- 2- Porcentaje de pacientes con evaluación nutricional realizada en un año.
- 3- Pacientes que han seguido el protocolo consensuado de profilaxis de infecciones y vacunas administradas en la CME.
- 4- Creación de página web, número de visitas y cantidad de descargas de documentos.
- 5- Se mantendrá la evaluación de ítems del proyecto previo:
 - a. Pacientes controlados anualmente.
 - b. Pacientes con check-list de inmunización.
 - c. Pacientes o familiares que han precisado contacto telefónico u online en un año.
 - d. Días de espera para la primera consulta ordinaria en la CME.

DURACIÓN

- Segundo semestre de 2016:
Elaboración de los cuestionarios de CVRS y psicosociales, o elección de cuestionarios validados.
Elección de parámetros analíticos y antropométricos y establecer la logística de realización.
Creación de hojas informativas.
Elaboración del protocolo multidisciplinar de profilaxis de enfermedades infecciosas y lograr la logística necesaria para administrar vacunas.
Reuniones periódicas de la Unidad.
- 2017:
Implementación de los cuestionarios, el control nutricional y el protocolo de profilaxis infecciosa en la práctica habitual de la CME.
Creación de la página web.
Reuniones periódicas de la Unidad y actualizar necesidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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 - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE YOLANDA BER NIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL MONTERDE VANESA
TORRALBA MARISA
EIZMENDI BINDER ANA
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
BELLOC BARBASTRO BLANCA
CORTES GARCIA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Revisión diaria/semanal de los volantes de derivación a las CCEE de Digestivo desde el inicio del proyecto
2- Clasificación de los volantes de derivación en cita presencial preferente o normal, o derivación de nuevo a su MAP/especialista con recomendaciones basadas en la guías clínicas.
3- Estadística (los datos presentados son tras 6 meses de puesta en marcha este proyecto): número total de volantes de derivación y origen de los mismos, % remitidos como preferentes, % preferentes valorados por especialista, % pacientes citados online, % pacientes citados en consultas y tiempo (días) de demora para una primera visita preferente o normal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

Reducción de tiempo de demora a una lera consulta a Digestivo (tiempo para lograr este objetivo: 6 meses-1 año)

Valor de Indicadores

A los 3 meses de iniciar el proyecto se experimentó una reducción de 45 días. A los 6 meses el tiempo de demora para una primera consulta preferente o normal de 15 días.

Objetivos esperados:

Calcular número de derivaciones en 6 meses
% preferentes derivadas
% preferentes tras revisión directa del FEA
% de consultas NO presenciales

Valor de Indicadores

748 volantes (>100 /mes)
37% preferentes
12% preferentes por el especialista
40% consultas no presenciales (indicaciones a su MAP o especialista que ha derivado según las guías de práctica clínica)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones: La gestión directa ha permitido una adecuación rápida y eficaz de la lista de espera con priorización de patologías preferentes y optimización de los tiempos de demora

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO

1.- Realizar encuesta de satisfacción a los médicos de atención primaria sobre este método para la citación en las CCEE de Digestivo
2.- Revisar la historia clínica de los pacientes que se han derivado a su MAP sin cita presencial en nuestras consultas y ver las actuaciones que se han realizado y resultados (pruebas, citaciones, ingresos, fallecimientos, etc...)
3.- Realizar nuevo análisis estadístico para comparar con los datos que disponemos de los primeros 6 meses de instauración del proyecto (valorar si los datos mejoran /se mantienen /empeora). En el caso de empeoramiento de objetivos valorar las causas de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/205 ===== ***

Nº de registro: 0205

Título
ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

Autores:
BER NIETO YOLANDA, BERNAL MONTERDE VANESA, TORRALBA CAMPOS MARIA LUISA, EIZMENDI BINDER ANA MARIA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, BELLOC BARBASTRO BLANCA, CORTES GARCIA LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las causas implicadas en la generación de las listas de espera son múltiples y no siempre dependen de factores que se puedan controlar en los servicios de atención especializada. Una inadecuada lista de espera genera una peor atención al paciente y un deterioro en la coordinación asistencial. Actualmente nuestro servicio presenta una prolongada demora con un claro impacto negativo en la calidad de la atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la nueva adecuación de la lista de espera con priorización directa de nuestro servicio, se pretende modificar la dinámica clásica de citaciones de las agendas de Digestivo del Hospital San Jorge de Huesca con el objetivo de evaluar a los pacientes preferentes con una demora máxima de 15 días y el resto de pacientes con una demora menor a 30 días

MÉTODO
Se elimina la posibilidad de cita directa en nuestras agendas desde atención primaria y urgencias. Semanalmente se evalúan todos los volantes de derivación, con la información recibida y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica) se decide si: a) enviar un informe con recomendaciones basadas en guías de práctica clínica a seguir por el médico de atención primaria, sin necesidad de evaluación presencial del enfermo (se realiza informe en una agenda especial creada para este motivo - visita online-) o b) si el enfermo precisa cita presencial preferente (< 15 días) o normal (< 30 días). De forma paralela se adapta la oferta de nuestras agendas de primera visita según la priorización que se ha realizado.

Además se facilita un correo electrónico de contacto para cualquier duda o sugerencia relativo a los pacientes, citaciones o seguimiento de guías clínicas.

El paciente recibirá una carta informando que debe acudir nuevamente a su centro de salud, que también habrá recibido una carta con las recomendaciones para su caso.

INDICADORES
Mensualmente se realizará las siguientes evaluaciones

- Número total de volantes de derivación, así como origen de los mismos
- % de pacientes remitidos como preferentes
- % de pacientes preferentes tras evaluación por especialista
- % de pacientes de consulta online
- Número total y % de pacientes citados en consulta
- Tiempo (días) de demora para una primera consulta (preferente/normal)

DURACIÓN
Este nuevo sistema de citación se ha iniciado en Febrero de 2016 y pretende ser el método de citación en nuestras consultas. Se ha creado una agenda específica para las visitas online /informes a médico de atención primaria. En el plazo de aproximadamente 6 meses-1 año calculamos alcanzar la meta de una demora inferior a 15 días para la consulta preferente y menor de 30 días para la normal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

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 - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL MONTORO HUGUET
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GARCIA ANGEL
ARA LAUNA DOMINGO
BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA
BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
CAJAL MARZAL ADOLFO
CAJARAVILLE ASO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consecución del programa dependía en gran medida de la producción editorial de una empresa que clausuró sus actividades mercantiles en el curso de 2017 (fallecimiento de su director). Todo ello ha retrasado considerablemente la consecución del proyecto. Actualmente el programa AEGastrum-SEMFYC ha sido trasladado a otra empresa (International Marketing & Communication) y se ha llegado a un acuerdo con el Vicerrectorado de la Universidad a distancia de Madrid (UDIMA) para que este programa sea acreditado como un Título Propio de Experto en "Protocolos de actuación conjunta entre gastroenterólogos y médicos de familia". El objetivo es iniciar el alojamiento de contenidos del programa a partir del 15 de noviembre de 2018. Me hubiese gustado adjuntar dos ejemplos de monográficos que ya han sido maquetados, pero el sistema no lo permite. No obstante, los he enviado al correo electrónico de la Unidad de Calidad del Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores referidos en el proyecto de mejora de la calidad 592, incluían, entre otros, disminuir la tasa de derivaciones inapropiadas y contribuir a acortar la lista de espera de 1^{as} visitas. Este objetivo pensamos que se ha conseguido (consultar cuadro de mandos de la Unidad de Aparato Digestivo de los ejercicios 2015-2107), gracias a la interconsulta virtual que permite revisar una a una todas las derivaciones a través de la propia historia clínica electrónica. Sin embargo, el objetivo primordial y de fondo del programa, que es mejorar la gestión conjunta que MF y gastroenterólogos hacen de las patologías digestivas más prevalentes, está por alcanzar. Establecer indicadores que obligan a hacer un análisis del antes y después de un determinado modo de proceder, comporta un tiempo y dedicación que hoy en día es difícil de obtener. Un hándicap importante ha sido inestabilidad de las plantillas de facultativos que hacen muy difícil mantener un compromiso a medio y largo plazo de estos programas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No pueden establecerse conclusiones definitivas, porque el programa ha experimentado una demora por las circunstancias mencionadas. En cualquier caso, la AEG y La SEMFYC han llegado a acuerdos y todos los médicos de familia van a ser invitados a participar a través de los cauces de comunicación habitual de la SEMFYC y también a través de la escuela de patología digestiva virtual de la AEG (www.spsdiv.net) donde se anuncia el programa (<http://spadiv.net/aegastrum-semfyc>). /Confiamos plenamente que la conversión del programa en un título de posgrado Universitario haga del mismo un desafío, digno de la confianza de los colegas a quienes va dirigido. Su implementación local mediante videoclases alojadas en una URL específica sigue siendo un objetivo a corto plazo de nuestra Unidad (<http://www.indogastro.org/foro/index.html>).

7. OBSERVACIONES.

La formación del MF en el ámbito de la especialidad de Aparato Digestivo debe mejorar implementando e incentivando programas formativos que mejoren sus competencias y habilidades en este ámbito. Los residentes de la especialidad de MFyC deberían tener un programa concreto de contenidos pactados entre las Sociedades Científicas, capaces de ser asumidos a lo largo de su periodo de rotación por las Unidades y Servicios de Aparato Digestivo, con independencia de que sean formados en otros contenidos transversales (ética, comunicación, investigación, etc). Con todas las bondades que tienen, a menudo les distraen de su verdadero cometido durante la rotación, como es adquirir los conocimientos y un mínimo de experiencia en las patologías que verdaderamente van a ser objeto de su actividad profesional en los Centros de Salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/592 ===== ***

Nº de registro: 0592

Título
IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

Autores:

MONTORO HUGUET MIGUEL, ARA GARCIA ANGEL, ARA LAUNA DOMINGO, BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA, BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL, BOBE PELLICER MARIA ANGELES, CAJAL MARZAL ADOLFO, CAJARAVILLE ASO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con síntomas digestivos son valorados inicialmente por médicos de familia (MF) en los Centros de Salud (CS). La eficacia y sostenibilidad del sistema sanitario depende, en gran medida, de la toma de decisiones en estos escenarios. El cribado de los volantes dirigidos desde la atención primaria de salud (APS) hacia el entorno hospitalario, ha permitido identificar elevadas tasas de derivaciones inapropiadas, factor determinante de demoras no deseadas e insatisfacción por parte de los usuarios. La Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSJ de Huesca presentó durante el ejercicio de 2015 un proyecto de mejora de la Calidad Asistencial (INDOGASTRUM) (<http://www.indogastro.org/foro/index.html>) basado en la creación de un foro de interacción donde MF y especialistas en Ap. Digestivo (EAD) comparten experiencia y conocimiento. El foro se divide en áreas temáticas donde se pueden alojar opiniones de expertos o formular preguntas al especialista de carácter genérico e interés general. Como continuidad al foro INDOGASTRUM se presenta un proyecto basado en la implementación de protocolos de actuación conjunta y flujogramas de gestión clínica entre MF y EAD impulsado por la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) con el respaldo y auspicio de la SEMFYC.

RESULTADOS ESPERADOS

1) Disminuir la tasa de derivaciones inapropiadas proporcionando mayor autonomía y capacidad de gestión al MF.
2) Contribuir a la difusión de protocolos de actuación conjunta entre primaria y hospitalaria centrados en los síntomas digestivos más prevalentes.
3) Establecer criterios de derivación consensuados por expertos de ambas Asociaciones Científicas con especial énfasis en el conocimiento de los síntomas de alarma que obligan a una atención preferente por parte de EAD.
4) Proporcionar criterios que permitan definir qué tipo de pacientes pueden ser atendidos esencialmente en el ámbito de la APS, cuáles son tributarios de un manejo por EAD y en qué situaciones se hace necesaria una atención y seguimiento conjunto.

MÉTODO

AEGastrum es un programa formativo de ámbito estatal, impulsado desde la vocalía de Docencia de la AEG, cuenta con el aval de la SEMFYC y está acreditado por la Asociación de Profesionales Sanitarias de Madrid. El programa consta de 12 monográficos, relativos a las patologías más prevalentes: a saber: 1) Enfermedad por reflujo gastroesofágico; 2) Dispepsia; 3) Helicobacter pylori; 4) Gas y Distensión abdominal; 5) Síndrome de intestino irritable; 6) Estreñimiento crónico; 7) Diarrea crónica; 8) Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca; 9) La enfermedad inflamatoria intestinal en el centro de salud; 10) Patología anorrectal benigna: hemorroides y fisura anal; 11) Idoneidad de la solicitud de colonoscopia en atención primaria; 12) Revisión del paciente post-polipectomía.

Cada monográfico se impartirá en un CS por parte de un EAD del HSJ-Hu, previo acuerdo con el coordinador correspondiente. Los contenidos del monográfico serán grabados por un equipo (Docentia TV) con experiencia en la transmisión de Cursos y Reuniones Científicas (<http://www.docentiatv.com/-inicio>) y alojados posteriormente en una plataforma web desde donde se podrán ver en diferido, bien desde los 14 CS dependientes del sector sanitario de Huesca, o a título individual desde los ordenadores personales de los MF. La financiación del proyecto está respaldada por la cuenta de investigación del grupo INDOGASTRO (investigación y docencia en gastroenterología) del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, cuyo titular es el Dr Montoro Hugué. Los contenidos del PROGRAMA AEGastrum no están supeditados a intervención alguna por parte de la industria farmacéutica, siendo su propiedad intelectual y Copyright de las Sociedades Científicas que lo respaldan y promueven.

INDICADORES

1) Relación de 1^{as} visitas solicitadas desde la APS en 2018 / 2016 < 1; 2) Relación entre derivaciones inapropiadas en 2018/2016 < 1; 3) Satisfacción global del programa evaluada mediante encuesta cumplimentada por los MF de los CS.

DURACIÓN

Las sesiones clínicas se impartirán entre los meses de noviembre de 2016 y diciembre de 2017, salvando los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

meses de julio y agosto de 2017.

OBSERVACIONES

Forman parte del equipo de este proyecto los coordinadores de los 14 CS del SSH. Debido a la limitación establecida en la convocatoria, se han incluido por orden alfabético los 8 primeros. A fin de evitar cualquier agravio, se ruega considerar la posibilidad de incluir en el programa a los coordinadores de los CS restantes: Pirineos: (Antonio Castellón [acastillonf@salud.aragon.es]; Berdún: (Ana Carmen Gimenez Baratech [acgimenezb@salud.aragon.es]; Broto (José Miguel Lloro Lloro [jmlloro@salud.aragon.es]); Jaca: María Virginia López Cortés [vlopez@salud.aragon.es]; Ayerbe (Juan José Martínez Trivez [jjmartinezt@salud.aragon.es]; Sariñena: María José Suárez Fernández: [mjsuarez@salud.aragon.es]; y Hecho (Adela Vázquez Echevarría [avazqueze@salud.aragon.es]).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMO MONTERDE PATRICIA
BER NIETO YOLANDA
OLIVAN GUERRI LORENZO
LAMBAN AISA ANA
LUE ALBERTO
MONTORO HUGUET MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones entre las que se incluyen las siguientes:
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento.
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, etc) durante la primera visita especializada.
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Índice de Harvey Bradshaw, Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease, etc) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos.
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir el tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.
2. De acuerdo con el Servicio de Citaciones se ha decidido la paulatina modificación de los tiempos asignados a las primeras visitas de las distintas consultas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), tanto Enfermedad de Crohn (EC) como de Colitis Ulcerosa (CU), de las que dispone el Sº de Digestivo.
3. Igualmente se ha decidido la creación de un nuevo número para codificar las primeras visitas en las consultas específicas de EII para evitar confusiones en las citaciones. De esta forma se evita el que un paciente sea citado en una consulta diferente a la prevista por disminuyendo el riesgo de duplicar visitas o de que el paciente sea valorado menos tiempo del decidido.
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME).
5. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, como las accesibles a través de la página web de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG):
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04_infogastrum_enfermedad_crohn_web.pdf

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Tras la elaboración del proyecto, y desde el 1 de Enero de 2019, se ha incrementado el tiempo de la primera visita en Consulta monográfica de EII del Dr Domínguez a 30 minutos (en vez del tiempo estándar de 15 minutos de la consulta general), permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente. Se ha decidido iniciar los cambios en una consulta especializada de nueva creación en el Hospital San Jorge e ir implementando los cambios progresivamente en las ya existentes (Consultas de Inflamatoria de Dr Montoro y Dra Ber, localizadas en Hospital Sagrado Corazón de Jesús).
2. Se ha general un nuevo número de codificación de las primeras visitas en las consultas específicas de EII (1.333) en línea con el código de seguimiento que ya existía (2.333).
3. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con EC. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: Historia Clínica, Evaluación Actividad Inflamatoria, Preparación para el tratamiento y Pruebas y solicitudes pendientes. El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la EC, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (x.ej pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). El segundo de los pasos caracteriza la actividad inflamatoria mediante la recopilación de variables analíticas relevantes (sanguíneas y fecales) e índices de actividad clínicos (Índice de Harvey Bradshaw) y endoscópicos (Simplified Endoscopic activity Score for Crohn's Disease). El tercero recoge información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando el correcto cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado y profilaxis de infecciones y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas o de solicitud de pruebas complementarias. Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores.
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME) mediante la inclusión de esta necesidad en el Checklist de comprobación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

5. Colaboración en estudios multicéntricos en los que participa la Unidad mediante el apoyo en el reclutamiento de pacientes de nuevo diagnóstico.
6. Igualmente, el aumento del tiempo disponible permite mejorar la recopilación de los datos necesarios para la completa introducción de nuevos casos de pacientes con EC en el registro nacional de pacientes con EII (Base de Datos ENEIDA).
7. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.
8. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con EC atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad así como la información de contacto con la Unidad. Sin embargo, dado que la consulta no ha podido ser instaurada hasta Enero de 2019 por dificultad para ajustar con las agendas previas no es posible valorar en este momento el cumplimiento del resto de ítems.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico cuyo coste, asociado a su diagnóstico y tratamiento, depende de múltiples factores como son su localización y extensión, su fenotipo, la presencia de manifestaciones extraintestinales y la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, lo que explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez hayan sido sometidos a múltiples pruebas y tratamientos. En estos casos la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere un tiempo adecuado tanto para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad como para recabar información necesaria para el diagnóstico y la planificación segura y eficiente del tratamiento. Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ha ampliado con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.
- Actualmente quedaría pendiente comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.
- En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica en la que se han implementado los nuevos horarios y codificaciones por lo que en el futuro la idea es replicar esto en las otras dos consultas de EII de nuestra Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/421 ===== ***

Nº de registro: 0421

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Autores:
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, CAMO MONTERDE PATRICIA, BER NIETO YOLANDA, OLIVAN GUERRI LORENZO, LAMBAN AISA ANA, MONTORO HUGUET MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico secundaria a una respuesta inmune aberrante en un individuo genéticamente susceptible. Su incidencia anual en Europa es de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Los costes asociados a su diagnóstico y tratamiento dependen en gran medida de la localización y extensión de la enfermedad, de su fenotipo (inflamatorio, penetrante-fistulizante y fibroestenótico), de la presencia o no de manifestaciones extraintestinales y de la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, con una media de 1-3 años (18% > 5 años) y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

que el 64% de los casos precisaron atención urgente antes de llegar al diagnóstico. Todo ello explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez, hayan sido sometidos a múltiples pruebas y ensayos terapéuticos, incluyendo hospitalización y cirugía. La información obtenida por el paciente, a menudo procede de fuentes poco fidedignas, es incompleta, alarmante, errónea o incluso dañina. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con EC que son atendidos por primera vez en la consulta monográfica de EII del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

MÉTODO

- Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
- Creación de un protocolo de actuación conjunta (médico y enfermera) basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerda el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
 - 1º Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo hábito tabáquico, localización, extensión, fenotipo (clasificación de Montreal) y Manifestaciones Extraintestinales con vistas a seleccionar la terapia más apropiada.
 - 2º Protocolizar las investigaciones necesarias para definir la localización y extensión de los segmentos afectados por la enfermedad y medición de la actividad clínica, biológica, endoscópica y obtenida por pruebas de imagen.
 - 3º Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo estado inmune frente a infecciones, TBC, historia de cáncer y coordinar acciones con Medicina Preventiva, para determinar la pertinencia y/o contraindicación de terapias avanzadas (inmunomoduladores y biológicos).
 - 4º Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados, a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
 - 5º Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.

INDICADORES

- % de pacientes atendidos por 1ª vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial.
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa.
- % de pacientes en cuya asistencia ha intervenido la enfermera de la consulta monográfica.
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo.
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de inmunosupresión y derivación a Medicina Preventiva.
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad.

DURACIÓN

Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2018: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1318

1. TÍTULO

PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA LAZARO RIOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTRADA ONCINS SILVIA
ALASTRUEY REYES ANDRES DANIEL
MILLAN ACERO ANA ROSA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA
VELILLA ALONSO TERESA
POVEDA SERRANO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A fecha de hoy, el protocolo ha sido redactado y consensuado entre los miembros del Servicio de Digestivo quedando pendiente el fijar una fecha para ser comunicado a los miembros del Servicio de Urgencias y poder comenzar con la implementación. Así mismo se ha evaluado la adecuación de este protocolo a la agenda actual del Servicio de Endoscopias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente no podemos extraer resultados, dado que no se ha puesto en marcha el protocolo a día de hoy

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado un protocolo con criterios claros en la definición de hemorragia digestiva baja no grave para poder identificar aquellos pacientes que se podrían beneficiar de un manejo ambulatorio. La creación de un circuito de asistencia rápida para los pacientes con HDB sin ningún criterio de gravedad permitiría optimizar el manejo clínico de estos pacientes reduciendo los costes y la morbilidad asociada a estancias hospitalarias innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1318 ===== ***

Nº de registro: 1318

Título
PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

Autores:
LAZARO RIOS MARIA, ESTRADA ONCINS SILVIA, ALASTRUEY VAL REYES, ANDRES DANIEL, MILLAN ACERO ANA ROSA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, VELILLA ALONSO TERESA, POVEDA SERRANO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hemorragia digestiva baja (HDB) es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias, su incidencia ha aumentado en los últimos años (> 30 casos por 105 habitantes y año) y suponen un 20-15% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva. En la población anciana, la HDB puede superar en incidencia a la hemorragia digestiva alta (200 casos por 10 5 habitantes de 80 años). Una proporción importante de pacientes con HDB son ingresados con la finalidad de acortar la demora en la realización de la colonoscopia, generando con ello un incremento notable del gasto sanitario y de estancias hospitalarias inapropiadas. La creación de un circuito de asistencia rápida para los pacientes con HDB sin ningún criterio de gravedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1318

1. TÍTULO

PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

permitiría optimizar el manejo clínico de estos pacientes reduciendo los costes y la morbilidad asociada a estancias hospitalarias innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer un circuito de asistencia rápida por vía ambulatoria para los pacientes que acuden a Urgencias por presentar una HDB sin ningún criterio de gravedad.
2. Mejorar la eficiencia del sistema y el gasto sanitario derivado de estancias hospitalarias inapropiadas, sin comprometer la seguridad del paciente.
3. Disminuir la tasa de complicaciones inherentes a estancias hospitalarias innecesarias incluyendo las derivadas del encamamiento inadecuado en pacientes de edad avanzada, pluripatológicos y polimedicados.

MÉTODO

1. Estratificar el riesgo de los pacientes que acuden a Urgencias con HDB de acuerdo con parámetros objetivos basados en la forma de presentación, antecedentes personales y examen físico
2. Establecer un protocolo asistencial consensuado con el Staff de Urgencias que permita seleccionar a los pacientes que podrían beneficiarse de un circuito de asistencia rápida preservando en todo momento la seguridad.
3. El protocolo incluiría:
 - a. Explicación al paciente de la naturaleza de su problema y de la necesidad de realizar colonoscopia precoz para alcanzar un diagnóstico sin necesidad de hospitalización.
 - b. Entrega al paciente del consentimiento informado y de la preparación para la colonoscopia.
 - c. Garantizar la realización de una colonoscopia en un tiempo inferior a 2 semanas
4. Valoración en consultas externas de Aparato Digestivo tras la realización de la colonoscopia con una demora < 2 semanas.

INDICADORES

- a. % de pacientes evaluados en Urgencias por HDB en el intervalo de un año.
- b. % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo la estratificación del riesgo
- c. % de pacientes asistidos clasificados como HDB NO GRAVE en quienes se ha logrado evitar un ingreso hospitalario.
- d. % de pacientes asistidos en Urgencias a quienes se ha realizado una colonoscopia diagnóstica por vía ambulatoria en un intervalo < 2 semanas.
- e. % de pacientes con HDB que han sido atendidos en la consulta de Aparato Digestivo de manera precoz (< 2 semanas desde la realización de la colonoscopia ambulatoria).

DURACIÓN

Antes de septiembre de 2018:

Reunión con el Staff de Urgencias del HSJ de Huesca para consensuar un protocolo de actuación conjunta en el paciente que acude a urgencias por presentar HDB, incluyendo la estratificación de la gravedad de acuerdo con una escala validada (escala pronóstica de Strate).

Antes de noviembre 2018

Comunicación e información del circuito a los Médicos de Urgencias del Hospital San Jorge

Adecuación de las agendas de endoscopia para prever la realización de colonoscopias diagnósticas en pacientes con HDB clasificada como NO GRAVE en un intervalo < 2 semanas.

Adecuación de las agendas de consultas externas para informar de los resultados de la colonoscopia y planificar su tratamiento

Análisis de los indicadores: julio/ 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE SILVIA ESTRADA ONCINS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO RUBIO MARIA
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN
ORTEGA ORTEGA BELEN
SOLER ALLUE SANDRA
BORRA MOLINER ELISA
RIVAS CALVETE OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos elaborado un documento-protocolo asistencial que hemos remitido a los miembros del equipo que desempeñan su actividad en Urgencias. Su valoración ha hecho que actualmente estemos elaborando una hoja informativa para entregar a pacientes,, que puedan ser manejados sin necesidad de ingreso (ya sean valorados en Urgencias o en nuestras consultas), con breve explicación de su patología, las medidas higiénico dietéticas con las que ellos pueden contribuir y las recomendaciones para acudir nuevamente para ser valorado en Urgencias. Asimismo hemos elaborado un "circuito" con la colaboración de los compañeros del servicio de Urgencias para que los pacientes que puedan ser dados de alta (que creemos no serán muchos) tengan un control precoz en consulta. En los residentes "rotantes "en nuestro servicio hemos fomentado la formación en realización de paracentesis diagnóstica siempre que ha sido posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos observado que prácticamente la totalidad de los pacientes que ingresan actualmente procedentes del servicio de Urgencias por descompensación ascítica, ya tienen realizada paracentesis diagnóstica lo que favorece el manejo terapéutico y la precocidad de tratamiento antibiótico (si se precisa) en caso de peritonitis bacteriana espontánea.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que la elaboración de este protocolo, la formación a los residentes rotantes en nuestro servicio en la realización de paracentesis diagnóstica y la colaboración con los miembros del equipo ha ayudado a fomentar la realización de dicha técnica en el servicio de Urgencias.

Queda pendiente la realización de documento informativo para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1320 ===== ***

Nº de registro: 1320

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Autores:
ESTRADA ONCINS SILVIA, LAZARO RUBIO MARIA, SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, ORTEGA ORTEGA BELEN, SOLER ALLUE SANDRA, BORRA MOLINER ELISA, RIVAS CALVETE OLGA, EIZMENDI BINDER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ascitis es la causa más común de descompensación en la cirrosis hepática (CH) y afecta a un 5-10 % de los pacientes con CH compensada cada año. Además, el 75% de los pacientes que debutan con ascitis tienen como causa subyacente la cirrosis.

Desde nuestra Unidad se realiza el seguimiento de aproximadamente 300 pacientes con CH de diferentes etiologías, la mayoría compensados, lo que supone que unos 15-30 pacientes desarrollarán ascitis a lo largo del año.

La descompensación ascítica en el paciente cirrótico se clasifica en tres grados en función de la cantidad de líquido ascítico y no todas requieren ingreso.

Grado 1: leve, detectable por ecografía.

Grado 2: moderada: distensión simétrica moderada del abdomen

Grado 3: severa: provoca importante distensión abdominal

Únicamente la ascitis grado 3 requiere ingreso hospitalario.

El análisis del líquido ascítico obtenido por paracentesis diagnóstica (PD) permite establecer un diagnóstico precoz de peritonitis bacteriana espontánea (PBE), reduciendo con ello la mortalidad desde el 90 al 20%. Hoy en día, la PD está indicada ante cualquier paciente que debuta con ascitis grado 2-3 o que requiere ingreso por CH complicada. Una adecuada valoración de estos pacientes en Urgencias permite optimizar su manejo clínico y evitar ingresos inapropiados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Promover la cultura de realizar PD de forma rutinaria en todo paciente que acude a Urgencias con sospecha de ascitis grado 2-3 o que va a precisar ingreso por cualquier otra descompensación (encefalopatía hepática, hemorragia por hipertensión portal...).
2. Obtener en todos los casos información relativa al recuento de neutrófilos, la concentración de proteínas, cultivo de líquido ascítico y el GASA (gradiente seroascítico de albúmina) cuando la causa de la ascitis no es clara.

MÉTODO

- 1) Promover una reunión con el Staff de Urgencias para consensuar las indicaciones de PD en diferentes escenarios clínicos.
- 2) Establecer un circuito de asistencia rápida (< 1 semana) en las consultas de hepatología en aquellos pacientes con descompensación hidrópica que no han requerido de ingreso hospitalario tras su valoración en Urgencias.
- 3) Proporcionar recursos para el aprendizaje de la PD por parte de los MIR que rotan por la Unidad de Aparato Digestivo y solvencia para llevar a cabo la técnica de manera efectiva durante sus guardias de presencia física.

INDICADORES

- 1) % de pacientes con hepatopatía crónica que acuden a Urgencias por presentar ascitis de debut grado 2-3 en quienes se ha realizado análisis del líquido ascítico mediante PD.
- 2) % de pacientes con CH que ingresan en el hospital por presentar una complicación asociada (hemorragia digestiva, encefalopatía, infecciones) a quienes se les realiza PD como parte de la evaluación realizada en el Servicio de Urgencias.
- 3) % de pacientes evaluados en Urgencias por ascitis que finalmente son diagnosticados de una PBE, beneficiándose, por tanto, de un diagnóstico precoz.
- 4) % de pacientes con ascitis grado 2 que tras conocer el resultado de la PD han evitado un ingreso hospitalario.
- 5) % de pacientes valorados por ascitis en el Servicio de Urgencias que sin requerir ingreso hospitalario han sido valorados por la Unidad de Aparato Digestivo mediante el circuito de asistencia rápida, activado para este fin.

DURACIÓN

Septiembre 2018 comentar con el personal de servicio de Urgencias y fecha fin septiembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE LORENZO OLIVAN GUERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASPURU RUBIO KATTALIN
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
RIVAS CALVETEOLGA
LASIERRA BETRAN CARMEN
DIESTE SAMITIER SONIA
SUELVE FERRER MARIA TERESA
ALASTRUEY VAL MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reunión en junio de 2018 con los componentes del proyecto de calidad para realizar la encuesta y dividirla para pacientes que acuden por colonoscopia de cribado de cáncer de colon o convencional. Cálculo del tamaño muestral para obtener diferencias en estos dos grupos de pacientes.
-Posteriormente reunión con jefa de suministros (Ana Carmen Jauregui) responsable del correo del hospital para decidir cómo llegarían las encuestas de nuestros pacientes una vez entregadas tras la colonoscopia. Se decide que el paciente acuda con la encuesta a su centro de atención primaria y desde ahí por correo interno enviarlas al servicio de Endoscopia.
- Los componentes del proyecto de calidad, preparan múltiples sobres con la dirección de la unidad introduciendo la encuesta y diferenciando si se trata de una colonoscopia de cribado.
- Desde aproximadamente Julio de 2018 hasta diciembre de 2018 reparto de las encuestas a los pacientes sometidos a una colonoscopia, entregando un total de 1016. Tarea realizada por enfermería y auxiliares de la unidad de endoscopias digestivas.
- En enero de 2019 reunión con los componentes del proyecto de calidad, para introducir los datos de la encuesta en base de datos (Excel) y posteriormente análisis de datos mediante el programa estadístico spss 15.0.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se calculó el tamaño de la muestra siendo necesarios 383 pacientes; en los 5 meses de entrega se repartieron un total de 1016 encuestas, siendo respondidas un total de 506 (participación del 49.8%). El 82% (n=417) fueron de pacientes que se sometieron a una colonoscopia convencional frente a un 18% (n= 89) de pacientes del cribado de cáncer de colon. La participación fue similar en los dos grupos de pacientes.
Los resultados globales fueron los siguientes:
- Tiempo de espera para la cita: el 83% de los pacientes contestaron que el tiempo había sido excelente, bueno o muy bueno.
- Tiempo de espera el día de la exploración: el 86,8% de los pacientes respondieron que había sido excelente, muy bueno o bueno.
- La cortesía del médico: El 98 % de los pacientes contestaron que había sido excelente, muy bueno o bueno.
- El 100 % de los pacientes respondieron que la cortesía de enfermería había sido excelente, muy buena o buena.
- El 96,2% de los pacientes perciben las explicaciones recibidas como excelentes, muy buenas o buenas.
- Solo un 3.4% de los pacientes contestaron que las molestias percibidas tras la colonoscopia fueron regulares o malas.
- La puntuación global de la exploración se distribuyó de la siguiente manera: 10.9% buena, 58.3 % excelente y 30.8% muy bueno. Destaca que no hubo ninguna respuesta de puntuación regular o mala
- El 100 % de los pacientes repetirían la exploración en el mismo centro y el 99% de los pacientes con el mismo médico
Si realizamos tablas de contingencia según si el paciente pertenece al cribado CCR o si es colonoscopia convencional solo encontramos diferencias en el tiempo de espera para la cita. En pacientes sometidos a colonoscopia convencional hay un porcentaje mayor de pacientes que perciben el tiempo de espera malo o regular (3.6 % y 15.8% respectivamente) comparado con el grupo de cribado (1.1% malo o 4.5% regular p= 0.009).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez que el paciente se le realiza una colonoscopia en nuestro servicio, el grado de satisfacción es alto sobre la espera en el día de la exploración, la cortesía del médico, la cortesía de la enfermera, en las explicaciones recibidas y molestias percibidas.
Encontramos diferencias en el grado de satisfacción en la espera hasta la cita de la colonoscopia entre los dos grupos de pacientes, siendo menor el grado de satisfacción en los pacientes sometidos a colonoscopia convencional. Esto es debido a que el paciente de cribado es citado en un tiempo inferior a 1 mes por protocolo, y ese tiempo es superior en el grupo de pacientes sometidas a una colonoscopia vía convencional.
Conviene mejorar este último aspecto y mejorar nuestras listas de espera de citas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

7. OBSERVACIONES.

El trabajo realizado desde la unidad de endoscopias del Hospital de San Jorge se percibe como excelente o muy bueno por parte del paciente sometido a una colonoscopia. El punto de mejora (y debilidad del servicio) es el tiempo de espera de realización de la endoscopia, por lo que desde Febrero de 2019 se decidió aumentar los días de endoscopias por las tardes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1338 ===== ***

Nº de registro: 1338

Título
OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
OLIVAN GUERRI LORENZO, ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, RIVAS CALVETE OLGA, LASIERRA BETRAN CARMEN, DIESTE SAMITIER SONIA, SUELVES FERRER MARIA TERESA, ALASTRUEY VAL REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La percepción de satisfacción del paciente a quien se le realiza una endoscopia digestiva depende de varios factores donde intervienen diversos "actores" (citaciones, médicos, enfermeras, auxiliares y celadores). La Unidad de endoscopias (UED) funciona como Unidad de Acceso Abierto y realiza unas 2.500 colonoscopias anuales tanto convencionales como procedentes del programa de cribado de cáncer colorrectal (CCr) implantado por el Departamento de Sanidad de la DGA. Un eje fundamental en los programas de gestión de calidad es la satisfacción del paciente. Hasta el momento, no disponemos de datos acerca de la calidad sentida por el paciente en relación con los procedimientos llevados a cabo. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes permitiría detectar puntos débiles y áreas susceptibles de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a colonoscopia ambulatoria en nuestro hospital y evaluar si existen diferencias en función de que se trate de exploraciones convencionales o pertenecientes al programa de cribado de CaCrr

MÉTODO
Todo paciente sometido a colonoscopia ambulatoria recibirá en el momento del alta un Cuestionario de satisfacción validado (GHAA-9m) y adaptado a procedimientos endoscópicos, junto con un sobre franqueado para ser enviado a la UED (ver modelo anexo del GHAA-9m).

INDICADORES
Parámetros que explora la encuesta validada:
Tiempo de espera hasta la realización de la prueba.
Espera el día de la exploración
Cortesía del médico
Explicaciones recibidas
Molestias percibidas durante la exploración.
Puntuación global de la exploración.
¿Repetiría la exploración en el mismo centro?
¿Repetiría la exploración con el mismo médico?

DURACIÓN
Distribución de los cuestionarios a partir del mes de junio-18.
Inclusión de los resultados en la base de datos desde julio-18 hasta septiembre-18.
Análisis estadístico entre los meses de octubre y diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA BELLOC BARBASTRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMBAN AISA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión en septiembre 2018 con el equipo del proyecto de calidad (Ana Lambán) para diseñar un cuestionario previo a la realización de manometría esofágica y pH-impedanciometría y planear la recogida de datos de las pruebas solicitadas.

En octubre 2018 se inicia la cumplimentación de los cuestionarios previamente a las pruebas y la recogida de datos de las pruebas solicitadas.

Hemos redactado un modelo de carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia. Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría.

- % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.

La indicación de las solicitudes fue adecuada en todos los casos, excepto en una solicitud que se rechazó tras identificar, al revisar la historia del paciente, patología grave que contraindicaba la prueba.

o 97'77% peticiones adecuadas
o 2,22% peticiones inadecuadas

- % de pacientes con solicitud de manometría esofágica y ph-impedanciometría sin gastroscopia previa a su realización.

De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de los que se había solicitado ph-impedanciometría. En este caso se envió una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración. En todos estos casos se realizó la manometría tras obtener el resultado de la gastroscopia.

o 13'33% de las peticiones sin gastroscopia previa a la exploración
o 86'67% de las peticiones con gastroscopia previa a la exploración

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diseño de un cuestionario dirigido a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de una manometría esofágica, pH-metría e impedanciometría, ha permitido obtener información que ayuda a estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados.

Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría. La indicación de las solicitudes fue adecuada en la mayoría de los casos (97'77%).

De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías (13'33% del total) se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de ellos. Tras el envío de una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración obtuvimos una buena respuesta y se realizó posteriormente la exploración solicitada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1344 ===== ***

Nº de registro: 1344

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Título
DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Autores:
BELLOC BARBASTRO BLANCA, LAMBAN AISA ANA, ESCOBAR BELLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha supuesto un avance en el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos. Por su parte, la pHmetría de 24 horas asociada o no a impedanciometría es la prueba más precisa y sensible para identificar reflujo gastroesofágico patológico, discernir los distintos tipos de reflujo y su correlación con los síntomas. Estas pruebas se realizan en el Laboratorio de Motilidad y Trastornos Funcionales Digestivos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús que recibe peticiones procedentes de toda la provincia. Actualmente el paciente que va a ser sometido a estas pruebas recibe información telefónica acerca de la preparación previa a su realización. Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en la Primera Reunión Nacional de Consenso en Manometría de Alta Resolución del Grupo Español de Motilidad Digestiva, la cumplimentación de cuestionarios dirigidos a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de estas exploraciones, permiten la obtención de una información estructurada de gran valor para estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados. Actualmente no existe un protocolo consensuado que permita recoger esta información de una manera homogénea y sistematizada.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diseñar un cuestionario estructurado que permita recabar toda la información necesaria para determinar la pertinencia e idoneidad de la prueba solicitada y conocer el número de peticiones inapropiadas.
2. Optimizar la recogida de la información concerniente a los síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la llevar a cabo la exploración con el propósito de facilitar el análisis e interpretación de los registros obtenidos.

MÉTODO
1. Revisión sistemática de la literatura, así como de las recomendaciones emitidas por Asociaciones Científicas de ámbito estatal e internacional relacionadas con la motilidad digestiva (visibles en www.spadiv.net) para identificar los ítems más adecuados para estructurar un cuestionario sencillo, eficiente y comprensible para los pacientes que permite cumplir con las expectativas y objetivos planteados.
2. El cuestionario será estructurado en orden a tres dominios o dimensiones relativos a
? - Síntomas que justifican la solicitud;
? - Procedimientos diagnósticos llevados a cabo (incluyendo la gastroscopia y análisis histológico de la mucosa esofágica para el despistaje de esofagitis eosinofílica) antes de realizar la manometría
? - Tratamientos recibidos antes de la prueba solicitada.
3. Redacción de un modelo de carta educada y dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización (p. ej. gastroscopia y biopsia del esófago), antes de realizar MAR.

INDICADORES
Mensualmente se realizarán las siguientes valoraciones:
1. Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia.
2. % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.
3. % de peticiones que tras el feedback con el médico solicitante fueron finalmente reconsideradas o desestimadas.
4. % de pacientes con solicitud de manometría esofágica sin gastroscopia y biopsia esofágica previas a su realización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

DURACIÓN

Inicio en junio 2018 durante un año, hasta Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA BER NIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EIZMENDI BINDER ANA
LUE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? En Junio de 2018 reunión con el equipo del proyecto de calidad para elaborar las preguntas de la encuesta ; se realiza un apartado sobre datos demográficos del médico de atención primaria, otro apartado respecto a tiempo, otro relativo a infraestructura y sobre la comunicación entre Primaria-Especializada. Finalmente una evaluación sobre la satisfacción global.

? A finales de Junio de 2018 nos ponemos en contacto con Amadeo Elduque (subdirector médico de atención primaria) para revisar encuesta elaborada por el equipo, y sugiere cambios en varias preguntas.

? Nueva reunión del equipo de calidad en septiembre de 2018 para modificar la encuesta.

? Nos comunicamos a través del mail con el subdirector médico de atención primaria para que envíe a los médicos de atención primaria, el enlace para realizar la encuesta de manera anónima vía online. Se envía dos mails recordatorios para que rellenen la encuesta (total médicos de atención primaria = 165)

? En Enero de 2019 obtenemos los datos de la encuesta y analizamos resultados
Se ha modificado el calendario inicial, tras volver a elaborar una nueva encuesta con las modificaciones por parte del subdirector de atención primaria, y evitamos enviar el mail en meses de vacaciones para evitar una baja participación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se evidencia una participación baja (n=42, participación del 20%). 69% mujeres, el 44% pertenecen a centros de atención primaria de Huesca capital.

Dimensión tiempo

? El 78% creen que el nuevo sistema de interconsultas disminuye la demora en el tiempo de cita, un 16% creen que la demora es igual que previamente

? El 53% de los médicos de atención primaria no tiene un tiempo asignado en su actividad diaria para leer la respuesta a la interconsulta y ponerse en contacto con el paciente

Dimensión infraestructura

? El 91% no refiere tener problemas técnicos para realizar la interconsulta

? El 72% tienen el sistema operativo actualizado en el ordenador de la consulta

? El 84% refieren que no tiene limitación de caracteres para realizar la interconsulta.

Dimensión comunicación Primaria-Especializada

? El 72% creen que este nuevo sistema de citas favorece la comunicación

? Al 75% les resulta útil las indicaciones del manejo/tratamiento del paciente si finalmente el paciente no llega a ser visto en las consultas de especializada

? El 69% les resultaría útil añadir en las respuestas de la interconsulta un enlace a guías/protocolos de práctica clínica

? La mayoría de médicos de atención primaria (78%) desconocen que existe un mail específico del Servicio de Digestivo para ponerse en contacto desde primaria. Solo el 40% de los que conocen la existencia de la dirección de mail, lo utilizan

Satisfacción Global

? En una escala del 1 al 5 (1= nada satisfecho y 5 = muy satisfecho); en 62'5% puntuaron 4 sobre 5, y 15'6% 5 sobre 5.

Se dejó un apartado de comentarios y destacan varios puntos

1- se percibe una sobrecarga con este nuevo sistema

2- no hay alerta en el sistema del programa utilizado por médicos de primaria (OMI) para saber que se ha contestado la interconsulta

3- no se puede intercambiar información de forma ágil con OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque la satisfacción global del nuevo sistema es bueno o muy bueno, hay puntos de mejora en la comunicación entre Primaria-Especializada.

7. OBSERVACIONES.

Creemos que debemos insistir en la comunicación sea más ágil por lo que tenemos que potenciar el uso del mail. Estamos abiertos a cualquier sugerencia por parte de Atención Primaria para mejorar

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1355

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

***** ***

Nº de registro: 1355

Título
ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Autores:
BER NIETO YOLANDA, BELLOC BARBASTRO BLANCA, EIZMENDI BINDER ANA, CAMO MONTERDE PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La puesta en marcha de la interconsulta virtual en la Sección de Gastroenterología y Hepatología del hospital san Jorge (SGH-HSJ) ha permitido reducir la demora de 1ªs visitas solicitadas desde Atención Primaria a < 15 días. El sistema se basa en los siguientes principios: (1) Se elimina la posibilidad de cita directa desde atención primaria y Urgencias; (2) Se realiza una evaluación semanal de todas las solicitudes, tomando como base la información contenida en el volante de derivación y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica). (3) De acuerdo con esta información se establecen dos vías de atención: a) Visita presencial (preferente [< 15 días] o normal [< 30 días]; b) Resolución de la solicitud sin necesidad de visita presencial. En este caso, el médico de cabecera recibe un informe personalizado con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible (Guías de práctica clínica, Documentos de Consenso), que garantizarán una calidad asistencial óptima, sin necesidad de desplazar al paciente. (4) Cuenta de correo electrónico a disposición del médico de cabecera para cualquier aclaración.

Cumplidos 2 años desde la implantación del nuevo sistema, interesa conocer el grado de satisfacción de los médicos de atención primaria, identificar puntos de mejora y optimizar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ponderar la opinión y grado de satisfacción de los médicos de atención primaria de nuestro sector acerca de las bondades y debilidades del nuevo sistema de citaciones.
2. Identificar áreas de mejora que permitan corregir debilidades del sistema, a la vez que mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.
3. Implementar cualquier propuesta o iniciativa promovida desde los propios Centros de salud, con el objetivo de corregir cualquier desviación en los estándares de calidad y seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

MÉTODO

1. Diseño de un cuestionario de satisfacción estructurado en varios dominios o dimensiones que permitan evaluar la satisfacción global del médico de cabecera en relación al nuevo sistema y clasificarlo en ("excelente" "óptimo" "manifiestamente mejorable"), a la vez que recoger las propuestas de mejora promovidas desde el propio centro de salud.
2. Reunión formal con los colaboradores del proyecto para participar de forma activa en el diseño del cuestionario.
3. Distribución del cuestionario en formato electrónico y de forma anónima desde la propia Dirección de atención primaria.
4. Análisis estadístico de la información obtenida y registrada en la base de datos electrónica.

INDICADORES

1. Ponderación de la satisfacción global del sistema en una escala numérica de 1----10.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

2. % de médicos de atención primaria que califican al sistema como "excelente" "óptimo" "manifiestamente mejorable", tanto de una manera global, como singularizada en cada uno de las dimensiones y parámetros encuestados.

3. nº de propuestas de mejora que pueden ser implementadas en el sistema tras su análisis y aprobación por el grupo de mejora.

DURACIÓN

- Junio 2018 elaboración del cuestionario
- Julio 2018 envío del cuestionario a los médicos de atención primaria del sector de Huesca
- Julio-septiembre 2018: recepción, tabulación y análisis estadístico de la información obtenida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE KATTALIN ASPURU RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
LACALLE AICUA LAURA
LASIERRA BETRAN CARMEN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA
ESCOBAR BELLO MARIA
DIESTE SAMITIER SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reunión de los componentes del equipo de mejora de los servicios de digestivo (Dra. Aspuru y Dr. Santolaria) y de hematología (Dra. Lacalle) en junio: estudiamos y valoramos las guías clínicas más actualizadas sobre manejo de la antiagregación y anticoagulación previa a la colonoscopia y decidimos basar nuestro documento en las últimas guías de las sociedades americana y europea de endoscopia y en el documento español de consenso para manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico:

- D. Vivas et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. Rev Esp Cardiol. 2018;71(7):553-564
 - Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, Radaelli F, Knight E, Gralnek IM, Hassan C, Dumonceau JM. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Endoscopy. 2016 Apr;48(4):385-402.
 - Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early DS, Eloubeidi MA, Evans JA, Faulx AL, Fisher DA, Fonkalsrud L, Hwang JH, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Pasha SF, Saltzman JR, Shaikat A, Shergill AK, Wang A, Cash BD, ar DeWitt JM. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2016 Jan;83(1):3-1
- 2.- Redacción del primer borrador del documento en julio y agosto: en el servicio de digestivo nos encargamos de estudiar las guías clínicas, seleccionar los contenidos y redactar un primer documento con las ideas principales
- 3.- Redacción del texto definitivo en septiembre, octubre y noviembre: las Dras. Aspuru y Lacalle nos reunimos en varias ocasiones para concretar el contenido del documento y que este resultase sencillo, claro y conciso. Un aspecto esencial ha sido redactarlo y maquetarlo para conseguir un texto práctico y visual, incluyendo cuadros y tablas.
- 4.- Reunión con Amadeo Elduque (Subdirector Médico de Atención Primaria) en diciembre para la elaboración de la estrategia para darle la máxima difusión al documento: se decide que se enviará por mail el documento de manejo de anticoagulación/antiagregación en pacientes de cribado de CCR a todos los médicos de atención primaria del sector. En los próximos meses se ampliará la edad de inicio del cribado de CCR a 50 años y aprovecharemos la comunicación del cronograma por centros de salud para adjuntar el documento.
- 5.- Valoración del documento por dirección en enero: se envía el documento a Dirección del Hospital y a Dirección de Gestión que consideran adecuada su difusión y aprueban que se cuelgue en la intranet del sector.
- 6.- Reunión con el servicio de informática en febrero para colgar el documento en la intranet del sector: se decide ubicar el documento junto con los consentimientos informados para la endoscopia y los folletos preredactados de petición de colonoscopia y gastroscopia. El documento ha quedado accesible para los médicos de atención primaria y todos los médicos de otras especialidades que deseen consultarlo ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a otros pacientes fuera del programa de prevención de cáncer colorrectal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos redactado un documento actualizado para el manejo de la antiagregación y anticoagulación para la colonoscopia de cribado que contempla los nuevos anticoagulantes orales de acción directa y los antiagregantes más recientes. Este manual incluye tablas para estratificación del riesgo trombótico y una tabla con un cronograma de ejemplo para suspender el Sintrom o aldocumar y realizar la terapia puente con heparina. Los nombres de los antiagregantes y anticoagulantes se acompañan de los nombres comerciales del fármaco para agilizar el proceso de consulta y evitar confusiones. En términos generales se trata de un texto conciso y redactado de forma esquemática con el objetivo de que sea muy visual y que el médico de atención primaria no pierda mucho tiempo en decidir la pauta a seguir.

La difusión del documento todavía no ha sido la deseada ya que como he explicado anteriormente se enviará por mail a medida que se vaya iniciando el cribado en la población de 50 a 59 años, el cronograma de implantación del cribado es escalonado para no saturar la unidad de endoscopias por lo tanto tardaremos unos meses en poder valorar el impacto de nuestro proyecto de calidad y calcular los indicadores seleccionados. La fuente de obtención de los datos serán la historia clínica electrónica para conocer el tratamiento crónico de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

pacientes y las complicaciones asociadas al procedimiento y los propios pacientes que nos informarán sobre si se les ha ajustado el tratamiento antiagregante o anticoagulante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado de cáncer colorrectal se considera la procedimiento más coste-efectivo y coste-eficaz de los programas de prevención de cáncer, pero conlleva un incremento significativo de la actividad de una unidad de endoscopias. Además de la adecuación de las colonoscopias de los pacientes sintomáticos o de alto riesgo es imprescindible optimizar la agenda de las exploraciones del programa de cribado. Por este motivo consideramos imprescindible evitar repetir exploraciones innecesariamente. La implantación de esta estrategia de manejo del paciente antiagregado/anticoagulado ha permitido minimizar las repeticiones de colonoscopias con el riesgo, el perjuicio y la incomodidad que conllevan para el paciente. Esperamos que a medida que se vaya ampliando la difusión del documento consigamos observar una reducción en la lista de espera optimizando así el funcionamiento de nuestra unidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1399 ===== ***

Nº de registro: 1399

Título
PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Autores:
ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, LACALLE AICUA LAURA, LASIERRA BETRAN CARMEN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, ESCOBAR BELLO MARIA, DIESTE SAMITIER SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente el cáncer más frecuente si tomamos como referencia ambos sexos. Su detección precoz es clave en el pronóstico de la enfermedad y, hoy en día, es posible gracias a los programas de cribado (PrCr). En Aragón el programa de cribado consiste en la detección de sangre oculta en heces mediante un test inmunoquímico bienal y colonoscopia a los resultados positivos.

Se estima que entre el 40 y el 60% de los pacientes a quienes se les realiza una Ccr tendrán adenomas subsidiarios de resección endoscópica o polipectomía. La polipectomía se considera una técnica con riesgo implícito de hemorragia digestiva. En este punto, las guías clínicas actuales recomiendan ajustar el tratamiento antiagregante y anticoagulante días antes de la prueba para minimizar el riesgo. Por otro lado, existe una elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio lo que implica que una proporción significativa de pacientes subsidiarios de colonoscopia se hallarán en tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Desde la implantación del PrCr en nuestra área de salud es notable el número de colonoscopias que deben repetirse al no haberse suspendido la toma de antiagregantes o anticoagulantes. Este fenómeno resta eficiencia al programa, genera un nuevo riesgo (e incomodidad) al paciente, grava los costes y repercute directamente en la productividad laboral al generar absentismo y presentismo en el paciente. En el otro extremo, algunos pacientes suspenden por iniciativa propia la anticoagulación añadiendo riesgo de eventos cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Optimizar el manejo de los pacientes antiagregados y anticoagulados a quienes se les realiza una Ccr, tras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

- balancear la seguridad cardiovascular y el riesgo de hemorragia digestiva.
- 2. Reducir el número de complicaciones hemorrágicas y cardiovasculares asociadas al procedimiento.
- 3. Disminuir la tasa de colonoscopias evitables y acortar los tiempos de demora.
- 4. Facilitar y simplificar la labor del médico de atención primaria.

MÉTODO

Diseñar un protocolo asistencial basado en la información proporcionada por las Guías y Consensos promovidos desde diferentes ámbitos -Endoscopia, Cadiología- donde se explique de una forma eficiente, clara y concisa la pauta a seguir en el paciente subsidiario de colonoscopia de cribado y que recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.

El protocolo será valorado y consensuado con el Servicio de Hematología.

Establecer una estrategia de comunicación que garantice una amplia difusión del protocolo en los centros de salud de nuestra área sanitaria.

El Documento quedará accesible en la intranet del sector para todos los médicos de atención primaria y los demás interesados, ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a muchos otros pacientes fuera del programa de cribado de CCR.

INDICADORES

Indicadores:

- % de pacientes a los que se les realiza una colonoscopia pertenecientes al programa de cribado de CCR que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante.
- % de pacientes candidatos a Ccr a quienes se les realiza la colonoscopia una vez que se ha ajustado el tratamiento aniticoagulante o antiagregante, de acuerdo con los procedimientos y directrices establecidos en el protocolo.
- % de colonoscopias que es necesario duplicar por no haber ajustado el tratamiento.
- Tasa de complicaciones asociadas al procedimiento tras la aplicación de las directrices expuestas en el protocolo asistencial (incluye aquellas asociadas a la endoscopia propiamente dicha y las complicaciones cardiovasculares)
- nº de horas de absentismo laboral relacionado con el procedimiento.

La obtención de los datos será obtenida a través de una entrevista clínica realizada al paciente con la debida antelación antes de la colonoscopia. El resultado óptimo sería que ningún paciente precisase repetir la colonoscopia por no haber ajustado previamente el tratamiento.

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a CCR hallándose en tratamiento anticoagulante o antiagregante en junio-2018.
- Valoración y aprobación del documento por el Servicio de Hematología: julio de 2018.
- Difusión del Documento a través de la Dirección de Atención primaria, así como de la intranet del hospital en el 4º trimestre de 2018.
- Tabulación, análisis e interpretación de los resultados preliminares: 1º trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1492

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA CAMO MONTERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
SUELVES FERRER MARIA TERESA
CUARTERO CUENCA BERTA
GIMENO GARCIA BEATRIZ
VELILLA ALONSO TERESA
PALANCA GARCIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión entre los componentes del proyecto para perfilar el organigrama
Inicio del checklist adecuado al servicio de urgencias.
Se ha informado parcialmente a los pacientes del proyecto que queremos iniciar para mayor confianza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejoría de la atención inicial al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal que acude por un brote agudo de su enfermedad.
Adecuación de la anamnesis y exploración inicial por parte de los facultativos de urgencia
Organización y adecuación de la solicitud de pruebas complementarias desde el servicio de urgencias.
Optimización del inicio y mantenimiento del tratamiento del brote agudo.
Mejora de la vía de acceso a la unidad de Enfermedad Inflamatoria del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto tiene buena aceptación por parte de los profesionales y es una forma de facilitar una vía rápida para el manejo de este tipo de pacientes, si bien es preciso más tiempo y experiencia para poder adecuarlo a las necesidades del servicio.
La orientación es adecuada pero es necesario perfilarlo mejor y optimizar algunos aspectos del checklist y valoración del paciente.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario más tiempo para realizar una correcta labor del proyecto puesto que se está empezando a implantar el checklist por lo que de momento se trata de una memoria de seguimiento y es necesario más tiempo para una correcta adecuación y correcta valoración de los indicadores, de cara al segundo semestre de 2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1492 ===== ***

Nº de registro: 1492

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CAMO MONTERDE PATRICIA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, SUELVES FERRER MARIA TERESA, CUARTERO CUENCA BERTA, GIMENO GARCIA BEATRIZ, VELILLA ALONSO TERESA, PALANCA GARCIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1492

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), donde se incluye la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU) es una patología de curso crónico, en cuya etiopatogenia influyen factores ambientales, genéticos e inmunológicos, con una incidencia anual que está en aumento siendo actualmente en Europa de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Estos pacientes pueden presentar una evolución compleja debido al curso natural de la enfermedad que suele cursar con episodios de reactivación de la actividad, o presentar efectos secundarios debidos a los fármacos utilizados, obligando al paciente a tener que acudir al servicio de urgencias. Una adecuada acción en el servicio de urgencias puede ser determinante en estos pacientes, desarrollando unas pautas generales de actuación, estableciendo un contacto con la unidad o la consulta especializada de EII. Estos pacientes pueden presentar complicaciones propias de la enfermedad (brote agudo de actividad, oclusión intestinal, hemorragia digestiva) que requerirán tratamiento específico y dirigido.

Es por esto, que es necesario una pauta de actuaciones en el servicio de urgencias para una correcta valoración de síntomas alarmantes o signos que sugieran gravedad en el cuadro clínico, así como saber diferenciar el brote de la EII, de un proceso diferente, aunque concomitante al curso de la enfermedad, y no someter así al paciente a riesgos innecesarios, como tratamiento antibiótico, antiinflamatorio o corticoesteroides si no es necesario.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar un protocolo asistencial de atención al paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el servicio de Urgencias en el Hospital San Jorge.

Con este protocolo se pretende mejorar la atención al paciente en el servicio de urgencias indicando la correcta valoración del paciente, optimizar el tratamiento de forma adecuada, haciendo un uso racional de los recursos y fármacos para disminuir las complicaciones y posibles efectos adversos teniendo en cuenta una serie de variables y pasos a seguir.

Estos serían:

- Realización una correcta valoración inicial del paciente con antecedentes y datos clínicos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (tipo, curso, complicaciones previas) y tratamiento farmacológico actual y previo.
- Realización de pruebas complementarias necesarias iniciales para determinar actividad de la enfermedad, y diagnóstico diferencial con posibles patologías que pueda presentar el paciente de forma concomitante.
- Determinar en función de los resultados tratamiento a seguir, con optimización de dosis de forma individualizada.
- Contacto con la unidad para crear un acceso rápido en caso de seguimiento ambulatorio del paciente

MÉTODO

-Creación de un Checklist para realizar en el servicio de urgencias, donde se identifiquen los aspectos clínicos, signos y síntomas, más importantes en la anamnesis del paciente, junto con datos del curso de la enfermedad y tratamientos concomitantes.

-Protocolizar petición de pruebas complementarias iniciales: analítica sanguínea completa (con PCR y VSG si está disponible), radiografía simple de tórax y abdomen y coprocultivos; definir en qué situaciones estaría indicado solicitar otras pruebas de imagen (ecografía y TAC abdominal).

-Elección de índices de evaluación de actividad clínica.

-Acceso de manera rápida y eficaz con la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el hospital para una adecuada valoración interdisciplinar

INDICADORES

- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han sido atendidos en urgencias
- % de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un brote agudo de su enfermedad inflamatoria intestinal
- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias por un motivo diferente a un brote agudo de su enfermedad
- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias que requieren ingreso hospitalario

DURACIÓN

?Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la unidad (staff médico y de enfermería) para la elección de marcadores de seguimiento, índices de evaluación clínica, protocolizar pruebas complementarias para solicitar en urgencias y vía de derivación a consulta monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal.

?Segundo semestre 2018: Creación del Checklist e inicio de su utilización y del resto del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO LUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTORO HUGUET MIGUEL
ESTRADA ONCINS SILVIA
ASPURU RUBIO KATALIN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
BER NIETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. De acuerdo al calendario, en el primer semestre de 2019, se ha llevado a cabo reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones y medidas a llevar a cabo en la segunda parte de 2019, entre las que se incluyen las siguientes:
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento. Con especial enfoque al cribado y seguimiento de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática (varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular).
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (perfil hepático, hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, serologías de virus hepatotropos, estudio de autoinmunidad, etc.) durante la primera visita especializada.
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Child-Pugh, MELD, Baveno, índice CirCom, APRI, FIB-4, etc.) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos. Estas escalas permiten estratificar los pacientes en varios grupos de riesgo.
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir las pautas de seguimiento y tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.

2. De acuerdo con el Servicio de Bioquímica se ha creado un código específico para solicitud de analítica para el estudio inicial de enfermedades hepáticas crónicas.

3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico a consultas específicas de Hepatología. Incluyendo recomendaciones específicas a través del formulario de interconsultas de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

4. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, avalado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) y elaborado por la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPDP):

<https://is.gd/WgGekv>

5. En el seno de la Comisión de Nutrición de nuestro centro se ha decidido, de acuerdo con el Servicio de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna, redactar y consensuar un protocolo de seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) para valoración nutricional y estratificación del riesgo cardiovascular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Tras la elaboración del proyecto se ha decidido reorganizar las agendas para incrementar el tiempo de la primera visita, permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

2. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con enfermedad hepática crónica. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: 1) Historia clínica; 2) Evaluación de la función y fibrosis hepáticas; 3) Tratamiento específico y cribados; y 4) Pruebas y solicitudes Pendientes.

El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la enfermedad hepática, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (por ejemplo, pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). En este apartado se recoge el Cirrosis Comorbidity Index (CirCom).

El segundo de los pasos caracteriza la función hepática mediante la recopilación de variables clínicas (ascitis, encefalopatía hepática y presencia de varices esofágicas), analíticas (bilirrubina, albúmina, creatinina, INR, sodio) y de pruebas de imagen y endoscópicas (ecografía, gastroscopia, elastografía hepática). Esto permite el cálculo de índices de clínicos para estratificar los pacientes en base a la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

función hepática y a la presencia de complicaciones (Child-Pugh, MELD, Baveno, APRI, FIB-4) de cara a las recomendaciones de seguimiento posterior.

El tercero, de acuerdo a la información recogida en los dos primeros apartados, ofrece información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando la correcta indicación y cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado (varices esofágicas, carcinoma hepatocelular); interacciones farmacológicas en caso de tratamiento antiviral o profilaxis primaria de hemorragia por varices esofágicas con beta-boqueante, y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas (por ejemplo, Endocrinología o Nutrición, Medicina Interna, UASA) o de solicitud de pruebas complementarias. En este apartado se establece además la próxima fecha de realización las pruebas complementarias imprescindibles para un correcto seguimiento del paciente (ecografía de cribado de carcinoma hepatocelular, gastroscopia de cribado o ligadura de varices esofágicas, elastografía de transición), de acuerdo a los intervalos establecidos por las guías de práctica clínica en vigor, redactadas por la AEEH y la European Association for the Study of the Liver (EASL).

Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores u olvidos. En este apartado, por ejemplo, se incluyen recordatorios de pruebas relacionadas o no con la enfermedad hepática subyacente que es necesario repetir con intervalos de tiempo superiores a 1-2 años.

3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico. Previamente a la cita en consulta se recomienda realización de analítica con petición consensuada para estudio inicial de enfermedad hepática crónica y ecografía abdominal reciente (máximo 3-6 meses anteriores a la cita).

4. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.

5. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con cirrosis hepática u otras enfermedades hepáticas crónicas atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad. Sin embargo, consideramos que es necesario una muestra más grande de pacientes para valorar de forma adecuada el cumplimiento del resto de ítems y valorar la eficacia de la implantación del Checklist. Además, en un porcentaje importante de estos pacientes la enfermedad hepática crónica debuta y se diagnostica durante un ingreso hospitalario, lo cual hace que sea necesario valorar la implementación de este formulario también en este contexto.

6. A todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática por alcohol y abuso consumo perjudicial de alcohol se ha ofrecido solicitar cita en Unidad de Atención y Seguimiento Adicciones (UASA). En caso rechazo, se vuelve a ofrecer en consultas sucesivas y se recuerda que se puede acceder a esta Unidad o a la Unidad de Salud Mental correspondiente solicitándolo al propio Médico de Atención Primaria.

7. De cara a ofrecer apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico, se ha decidido en la última reunión de la comisión de Nutrición de nuestro Hospital la redacción de un protocolo de seguimiento conjunto con el Servicio de Endocrinología y Nutrición, para asesoramiento nutricional, y con el Servicio de Medicina Interna, para estratificación del riesgo cardiovascular y tratamiento de dislipemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.

El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ampliará con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.

La creación de este Checklist representa una importante herramienta que permite avanzar en la atención a estos pacientes. Desde la primera visita: ayuda a homogeneizar el seguimiento; minimiza la repetición o la omisión de analíticas o pruebas complementarias imprescindibles; permite hacer hincapié en las interacciones farmacológicas y estratificar a los pacientes en grupos de riesgo de acuerdo a la etiología y gravedad de la enfermedad hepática subyacente.

Actualmente quedaría pendiente: 1) comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); 2) redacción y puesta en marcha de un protocolo de seguimiento conjunto con los Servicios de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna.

En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica y la idea es extender su utilización a los pacientes diagnosticados por primera vez durante ingreso hospitalario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1155 ===== ***

Nº de registro: 1155

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

Autores:
LUE ALBERTO, MONTORO HUGUET MIGUEL, ESTRADA ONCINS SILVIA, ASPURU RUBIO KATTALIN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, BER NIETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico. El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con enfermedades hepáticas crónicas que son atendidos por primera vez en la consulta de Aparato Digestivo del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

MÉTODO

- 1) Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
- 2) Creación de un protocolo de actuación basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerde el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
 1. Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo consumo de alcohol u otros tóxicos, etiología de la enfermedad hepática, comorbilidades (índice CirCom), tratamientos concomitantes, presencia de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática.
 2. Protocolizar las investigaciones necesarias para el cribado de las complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática con particular atención a la presencia de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular.
 3. Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo necesidad de tratamiento antiviral frente a VHB o VHC, entrega de recomendaciones dirigidas a evitar el contagio de contactos cercanos, evaluación del estado inmune frente a infecciones, TBC, y coordinar acciones con Medicina Preventiva en pacientes potenciales candidatos a trasplante hepático.
 - 3) Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados (Chronic Liver Disease Questionnaire), a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
 - 4) Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

con particular relevancia al consumo abusivo de alcohol y al apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico.

INDICADORES

- % de pacientes atendidos por primera vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de cribado de varices esofágicas y carcinoma hepatocelular
- % de pacientes remitidos a UASA para control de adicciones
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad

DURACIÓN

Primer semestre 2019: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2019: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVÍO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE BLANCA BELLOC BARBASTRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARA MARCA PILAR
BARDAJI CIPRES MARIA JOSE
PUICERCUS MARTIN ANA CRISTINA
LUE ALBERTO
BER NIETO YOLANDA
ESTRADA ONCINS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En septiembre 2019 se ha iniciado la valoración del número de muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud para determinar el número de aquellas en las que los datos no están indicados de forma adecuada
 - Reunión de los miembros del equipo de mejora en septiembre 2019 para la redacción de un manual en el que se indican las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento de H. pylori desde los centros de salud al hospital. Además se ha incluido el algoritmo de tratamiento de la infección por Helicobacter pylori, según la "IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori".
 - También se ha redactado una hoja de recomendaciones para el paciente, que debe realizar antes del test del aliento de Helicobacter pylori, para entregársela cuando se le solicite la prueba. Este documento se ha enviado a los centros de salud junto al manual de recomendaciones anterior.
 - En noviembre de 2019 se ha realizado la difusión a los centros de salud mediante el envío del manual de recomendaciones para el médico que solicita el test del aliento de Helicobacter pylori y la hoja de recomendaciones para el paciente.
 - Revisión de las muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud durante los meses de septiembre, octubre noviembre y diciembre de 2019 y valoración de la correcta cumplimentación de los datos en estas muestras.
- Hemos redactado un manual en el que se indican las instrucciones para el adecuado envío de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori, de forma que permita el correcto análisis e identificación de estas muestras. En este manual se ha incluido también el algoritmo de tratamiento actualizado de la infección por Helicobacter pylori. Además, hemos redactado una hoja de recomendaciones para el paciente que debe seguir antes de realizar el test del aliento de Helicobacter pylori. Ambos documentos se enviaron a los centros de salud en noviembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de muestras de test del aliento de Helicobacter pylori enviadas desde los centros de salud
 - o Septiembre: 221
 - o Octubre: 242
 - o Noviembre: 204
 - o Diciembre: 158
- % de muestras de test del aliento enviadas con los datos indicados correctamente antes y después del envío del manual a los centros de salud
 - o Antes del envío del manual (septiembre y octubre): 76%
 - o Después del envío del manual (noviembre y diciembre): 79%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha observado una ligera disminución de las muestras enviadas de test del aliento de Helicobacter pylori en las que los datos no están indicados correctamente en la mayoría de los centros de salud, aunque es necesario mejorar la aplicación de las recomendaciones para evitar nuevos errores en los datos de las muestras enviadas. Para conseguir esto, se va a contactar telefónicamente con los centros de salud en los que se siguen cometiendo errores en los datos indicados en las muestras enviadas para conocer la proporción de los centros que han recibido los documentos sobre el manejo y envío de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori y volver a enviarlos en caso que no las hayan recibido. El objetivo es optimizar la aplicación de las recomendaciones enviadas, para conseguir realizar un correcto análisis e identificación de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori. Es necesario seguir valorando las muestras enviadas desde los centros de salud durante los próximos meses para evaluar el impacto de las recomendaciones sobre el manejo y envío de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1238 ===== ***

Nº de registro: 1238

Título
MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
BELLOC BARBASTRO BLANCA, ARA MARCA PILAR, ARGUIS NERIN MARIA VICTORIA, BARDAJI CIPRES MARIA JOSE, LUE ALBERTO, BER NIETO YOLANDA, ESTRADA ONCINS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter pylori afecta a alrededor del 50% de la población mundial y desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas como la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico, por lo que un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz son esenciales en la práctica clínica. El test del aliento es la prueba no invasiva que se utiliza con más frecuencia para el diagnóstico de la infección por H. pylori y tiene una alta sensibilidad y especificidad par la confirmación de la erradicación de H. pylori tras el tratamiento. Actualmente se realiza tanto en la consulta de Digestivo del Hospital San Jorge como en los centros de salud, lo que permite evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital. Tras la realización de la prueba en los centros de salud, las muestras se envían en un sobre a la consulta de Digestivo del Hospital para su posterior análisis.
Para el adecuado manejo y análisis de las muestras enviadas en la consulta de digestivo es necesario que los datos del paciente (nombre y número de historia), el centro y el médico que solicita la prueba, estén correctamente indicados, además, es importante conocer si el test del aliento se ha realizado previamente al tratamiento erradicador o post-tratamiento para confirmar erradicación. En ocasiones estos datos no están correctamente indicados, lo que puede provocar que se comentan errores en la identificación de las muestras y dificultar el adecuado análisis y envío de los resultados. En estos casos, habitualmente se contacta telefónicamente con el centro de salud.
El diseño de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento desde los centros de salud al hospital puede mejorar la correcta identificación y análisis de estas muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la recogida de datos de las muestras de test del aliento de H. pylori, enviadas desde los centros de salud a la consulta de digestivo, que permita el correcto análisis e identificación de las muestras.
Elaborar una base de datos para recoger la información de las muestras recibidas (nombre y número de historia del paciente, médico solicitante, día de la prueba, test del aliento pre o post-tratamiento y resultados)

MÉTODO
Valoración del número de muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud en las que los datos no están indicados de forma adecuada
Redacción de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento de H. pylori desde los centros de salud al hospital.
Difusión del documento a los centros de salud.
Elaboración de una base de datos que permita la adecuada recogida de información de las muestras de test del aliento de H. pylori realizadas, tanto en el hospital como en los centros de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVÍO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

INDICADORES

- % de centros de salud que reciben el manual enviado
- % de muestras de test del aliento enviadas con los datos indicados correctamente antes y después del envío del manual a los centros de salud

DURACIÓN

Desde mayo 2019 hasta octubre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE KATTALIN ASPURU RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLIVAN GUERRI LORENZO
RIVAS CALVETE OLGA
LASIERRA BETRAN CARMEN
DIESTE SAMITIER SONIA
HIGUERA UBAU ROSA MARIA
SUELVES FERRER MARIA TERESA
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- En mayo de 2019 se lleva a cabo la reunión de los componentes del equipo de mejora en la que se establece que la guía de la sociedad americana de endoscopia digestiva ASGE "Quality indicators common to all GI endoscopic procedures" será la guía en la que basaremos nuestro documento. Adicionalmente se aportan otros artículos relacionados con la información al alta tras una colonoscopia:

- Spodik M, Goldman J, Merl K, Walker C, Alpini B, Kasten- berg D. Providing an endoscopy report to patients after a procedure: a low-cost intervention with high returns. *Gastrointest Endosc.* 2008;66:103-11
- Rubin DT, Ulitsky A, Poston J, Huo D. What is the most effective way to communicate results after endoscopy? *Gastrointest Endosc.* 2007;66:108-12.
- Ko HH, Zhang H, Telford JJ, Enns R. Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2009 Apr;69(4):883-91

2.- Entre mayo y junio de 2019 se estudian los documentos aportados y nos reunimos nuevamente para decidir los contenidos del tríptico. Nos damos cuenta de la necesidad de hacer 2 trípticos, uno para pacientes a los que se les ha realizado una polipectomía de riesgo y otro genérico para el resto de los pacientes ya que algunas recomendaciones difieren entre los 2 grupos de pacientes. El tríptico para las colonoscopias diagnósticas y terapéuticas de bajo riesgo contiene las siguientes recomendaciones:

Le acaban de realizar una Colonoscopia con sedación, a continuación, le vamos a indicar cuales son las recomendaciones en las siguientes horas a dicha prueba:

- Puede comer los alimentos que le apetezcan, evitando las comidas copiosas, alimentos muy grasos (embutidos, quesos...), alimentos flatulentos (cebolla, legumbres...) y bebidas gaseosas (refrescos, gaseosa...).
- Beba líquidos, esto ayudará a eliminar la medicación que le hemos administrado para realizar la prueba.
- Mantenga un reposo relativo. Debido a la medicación administrada se recomienda NO realizar esfuerzos físicos ni actividades que conlleven una elevada concentración o tomar decisiones importantes.
- No beba bebidas alcohólicas. Pueden interferir con la medicación administrada y producir efectos indeseados.
- No puede conducir en 6 horas tras la prueba.

Posibles efectos adversos:

- Tras la exploración puede tener molestias (pinchazos, retorcionjes...) en la zona abdominal, es frecuente y normal. Para poder visualizar el colon es necesario insuflar aire y distender el intestino. Al finalizar la prueba se intenta aspirar todo el contenido, pero no es posible hacerlo en su totalidad. Pruebe a tumbarse y haga cambios de postura para expulsar el aire. Si las molestias persistieran consulte con su médico de cabecera.
- Debido a los procedimientos realizados durante la prueba puede expulsar pequeñas cantidades de sangre. Es normal. Si fuera mucha cantidad o mezclada con coágulos acuda a Urgencias del hospital.
- Debido a la medicación administrada no debe realizar actividades que requieran concentración, es recomendable tumbarse y es estar relajado durante unas horas.

En caso de duda o consulta puede contactar con unidad de Endoscopias en el teléfono 974247000 Ext 524158 en horario de 8:00 a 15:00 horas.

En el tríptico para los pacientes con terapéutica de riesgo añadimos las siguientes recomendaciones:

- Permanecerá durante 12 a 24 horas en reposo sin hacer esfuerzos físicos.
- Durante 24 horas tomará únicamente una dieta líquida (sopas, infusiones, zumos de frutas colados). Posteriormente reintroducirá de forma progresiva su dieta normal.
- Puede que observe en la deposición sangre en pequeña cantidad. Esto es normal y se debe a la herida que se le ha hecho en el tracto digestivo al extirpar el pólipo.
- Puede que durante unas horas tenga molestias en el abdomen y sensación de hinchazón. Esto es normal y se debe al aire que se le ha introducido durante la prueba.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

• Los resultados del estudio histopatológico de los pólipos extirpados se los dará el médico que ha solicitado la prueba. El resultado de este estudio puede tardar unos 15 - 20 días en recibirse.

• Acudirá al Servicio de Urgencias del hospital si presentase:

- Dolor abdominal importante o persistente.
- Fiebre.
- Sangre abundante con heces o coágulos por el recto.

3.- En julio y agosto de 2019 maquetamos los trípticos. Se realizan varios borradores, ya que la información debe ser sencilla, concisa, fácilmente comprensible y bien organizada para facilitar la comprensión a los pacientes. Apoyaremos el texto con imágenes para una mejor comprensión. El único recurso empleado es un ordenador con el programa power point y conexión a internet.

4.- En agosto de 2019 se imprimen y pliegan los documentos, se preparan para su posterior distribución. Los recursos empleados son una impresora láser y hojas de papel A4

5.- En agosto y septiembre de 2019 se realizan varias reuniones con los demás componentes de la unidad de endoscopias (médicos, enfermeros y auxiliares), se les explica el proyecto y se presenta el tríptico ya que serán ellos quienes explicarán las recomendaciones al alta a los pacientes.

6.- En septiembre de 2019 se empiezan a distribuir los trípticos. En el momento del alta al paciente y/o su acompañante se le explican las recomendaciones verbalmente, se les pregunta si tienen alguna duda al respecto y se les entrega un tríptico. Adicionalmente se recogen sus datos y teléfono en una hoja Excel.

7.- En octubre, noviembre y diciembre se realizan las encuestas telefónicas con las siguientes preguntas:

- ¿Leyó el tríptico tras el alta?
- ¿Le resultó útil esta información?
- ¿Siguió las instrucciones referidas en el tríptico?
- ¿Hay alguna duda que no pudiera responder con la información aportada?

8.- En enero de 2020 realizamos el análisis de los resultados y redacción de la memoria del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos redactado 2 trípticos con las recomendaciones al alta de la unidad de endoscopias para los pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia. Un tríptico para las colonoscopias diagnósticas y con terapéutica de bajo riesgo y otro tríptico con indicaciones específicas adicionales para los pacientes a los que se les ha realizado terapéutica de alto riesgo. Ambos documentos son claros y concisos, se sustentan en las recomendaciones de la ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy) y están apoyados por iconografía para una mejor comprensión y asimilación de la información.

En el momento del alta, en primer lugar se confirma con el paciente que tiene cita con el médico que le ha solicitado la prueba, y en segundo lugar se le explican verbalmente las indicaciones a seguir tras la exploración. Si el paciente no tiene autonomía suficiente se le explican también al acompañante. Junto con el informe de la prueba se le entrega el tríptico con las recomendaciones y se le indica que lo lea en su domicilio, de esta manera evitamos el olvido o la mala interpretación de la información verbal.

Para la valoración de los resultados hemos realizado una encuesta telefónica a los pacientes a los que se les entregó el documento. En total hemos realizado 138 encuestas telefónicas, de las cuales hemos obtenido respuesta de 103 pacientes. De estos pacientes 17 (16.5%) afirman no haber recibido el tríptico, esto podría deberse a que no se les haya entregado o a que se haya traspapelado el documento junto con el sobre del informe para el médico peticionario. Entre los pacientes que recibieron la información 74 (71,8%) afirman que leyeron el tríptico, a 74 (71,8%) les resultó útil tener esta información por escrito y 73 (70.8%) afirman haber seguido las instrucciones referidas en el texto. A la pregunta de si tuvo alguna duda que no pudiera resolver con el tríptico solamente un paciente nos refirió que no se indicaba en cuantas horas se podía volver a ingerir bebidas alcohólicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del proyecto es muy positiva ya que con ello cumplimos unos de los items de calidad postprocedimiento recomendados por la ASGE. Sabemos que la transmisión de la información entre los profesionales de la salud y los pacientes no siempre es fácil y tiende a no ser eficaz, de esto derivan muchas de las reclamaciones que realizan los pacientes y también puede desencadenar complicaciones. Con este proyecto contribuimos a mejorar la información y la relación médico paciente. Se trata de un proyecto de fácil implementación, sostenible en el tiempo y que puede ser aplicable a otros procedimientos endoscópicos como la gastroscopia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1357 ===== ***

Nº de registro: 1357

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

Título
PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIOS TRAS UNA COLONOSCOPIA

Autores:
ASPURU RUBIO KATTALIN, OLIVAN GUERRI LORENZO, RIVAS CALVETE OLGA, LASIERRA BETRAN CARMEN, DIESTE SAMITIER SONIA, HIGUERA UBAU ROSA MARIA, SUELVES FERRER MARIA TERESA, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La colonoscopia es el método de referencia para el diagnóstico de enfermedades colorrectales y tiene un papel cada vez mayor en el tratamiento de distintas lesiones. El número de exploraciones que se realizan en las unidades de endoscopia ha presentado un crecimiento constante a lo largo de los años y se prevé que siga incrementando debido a la implantación del programa cribado de cancer colorrectal, concretamente en nuestro servicio realizamos aproximadamente 2600 colonoscopias anuales.
Se trata de una exploración que suele ser molesta y dolorosa en la mayoría de los casos por lo que se realiza habitualmente bajo sedación profunda con propofol. El paciente inmediatamente tras la realización de la prueba pasa a una sala de recuperación donde se observa y monitoriza hasta que recupera el nivel de conciencia necesario para volver a su domicilio, si bien los efectos de la sedación pueden durar algunas horas más y puede producirse cierta amnesia de estos momentos posteriores a la exploración. Tras la colonoscopia el paciente debe recibir información sobre la dieta, actividad (fundamentalmente prohibición de conducir), medicaciones y seguimiento necesario. Hasta el momento la transmisión de esta información se realiza de manera verbal lo que puede dar lugar a olvido o mala interpretación de las instrucciones a seguir, las consecuencias de esto pueden ser graves incrementando el número de complicaciones y eventos adversos postprocedimiento: dolor abdominal, hemorragia postpolipectomía e incluso accidentes de tráfico por conducir bajo los efectos de la sedación. Por este motivo es necesario protocolizar la transmisión de la información tras la colonoscopia realizando una correcta transmisión verbal, asegurándonos de que sea comprensible para el paciente y/o acompañante y apoyándonos en un texto escrito, sencillo y conciso que el paciente pueda consultar una vez llega a su domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de los proyecto son:
- Asegurar una correcta comprensión de la conducta a seguir y recomendaciones tras una colonoscopia.
- Evitar las complicaciones derivadas de una mala transmisión de la información postcolonoscopia
- Implementar los criterios de calidad recogidos en las guías de práctica clínica y mejorar así la calidad de nuestra unidad de endoscopia
- Conocer mediante una encuesta la proporción de pacientes que siguen las recomendaciones indicadas
La población diana son los pacientes que se han realizado una colonoscopia con sedación en nuestra unidad de endoscopias

MÉTODO
- Lectura de las guías de práctica clínica de la ASGE (American society of gastrointestinal endoscopy) y ESGE (European society of gastrointestinal endoscopy), síntesis de las mismas y redacción un documento que agrupe las recomendaciones postprocedimiento tras una colonoscopia. Estas deben incluir: restricciones en la dieta, reanudación o cambio en los medicamentos, la prescripción de medicamentos, la reanudación de actividades como la conducción e información acerca de posibles eventos adversos y conducta a seguir en estos casos
- Maquetación del documento
- Reunión/sesión con el personal de enfermería para explicar los indicadores de calidad postprocedimiento y presentación del documento
- 2 semanas después de la colonoscopia se realizará una encuesta telefónica a los pacientes a los que se les ha entregado el documento para comprobar si la información les ha resultado útil y si han seguido las indicaciones especificadas.
- Análisis de los resultados de la encuesta

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega el documento
- Porcentaje de pacientes que ha comprendido correctamente la información del documento
- Porcentaje de pacientes que ha seguido las indicaciones especificadas
- Porcentaje de pacientes a los que les ha resultado útil la información escrita aportada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

DURACIÓN

- Mayo de 2019: Lectura de las guías de práctica clínica, síntesis y redacción del documento
- Junio y julio de 2019: maquetación e impresión del documento
- Septiembre de 2019 en adelante: entrega del documento a los pacientes
- Octubre, noviembre y diciembre de 2019: realización de las encuestas telefónicas
- Diciembre de 2019: análisis de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1720

1. TÍTULO

HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL MONTOIRO ALLUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ LORENZ JUAN BLAS
BALLESTEROS GONZALEZ FERNANDO
LOPEZ UBEDA MARTA
MASIP ESQUERDA MONTSERRAT
MIRAVETE VALIENTE MARIA JESUS
ALLUE VALLE MARIA BEGOÑA
BORREL RONCALES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación del grupo de humanización del hospital: 10 de noviembre 2017. Dicho grupo está formado por 8 profesionales de distintos ámbitos y se reúne periódicamente.

Reuniones con el consejo de las niñas y los niños para la identificación de las necesidades y expectativas de la población pediátrica: estas reuniones se realizaron el 23 de marzo y el 9 de noviembre

Reuniones con los responsables del consejo de las niñas y los niños: 13 de marzo, 16 de octubre y 19 de diciembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estudio de las necesidades y expectativas detectadas en la población pediátrica: realización de un documento en el que se recogen todas ellas. En dicho documento se detallan propuestas con respecto a la relación humana, a las instalaciones y al entorno.

Realización e implementación de la guía de acogida dirigida a las niñas y los niños que ingresan en el hospital.

Puesta en marcha de nuevas iniciativas de humanización de la asistencia pediátrica del Hospital San Jorge: creación de pictogramas explicativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La puesta en marcha del proyecto "Hospital de las niñas y los niños" ha contribuido en el hospital San Jorge en:
 - Evaluación de iniciativas para la humanización de la asistencia pediátrica del Hospital. Así como determinar los elementos futuros de intervención para la mejora de la humanización en el proceso de asistencia pediátrica.
 - Fomentar la participación activa del niño en su proceso asistencial.
 - Creación del grupo de humanización.
- La sostenibilidad del proyecto así como su replicación a otros ámbitos está avalada por la creación y consolidación en el hospital del grupo de humanización. Este grupo tiene como misión de extender una cultura de humanización a todos los niveles del hospital, resaltando la importancia y las implicaciones que esta puede tener en la asistencia sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1720 ===== ***

Nº de registro: 1720

Título
HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Autores:
MONTOIRO ALLUE RAQUEL, PEREZ LORENZ JUAN BLAS, ALLUE VALLE MARIA BEGOÑA, BALLESTEROS GONZALEZ FERNANDO, LOPEZ UBEDA MARTA, BORREL RONCALES MERCEDES, MASIP ESQUERDA MONTSERRAT, MIRAVETE VALIENTE MARIA ANGELES JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1720

1. TÍTULO

HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad en la infancia supone una ruptura con la biografía del niño y provoca un gran impacto físico, psicológico y social. La Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas proclama el derecho de la infancia a disponer de protección, cuidados y asistencia especiales, así como el derecho del niño a expresar su opinión y a ser escuchado cada vez que se tome una decisión que le afecte. En 1999 el pedagogo italiano Francesco Tonucci comenzó un proyecto internacional de participación ciudadana que pretendía tomar al niño como parámetro de la construcción de la ciudad y todo su entorno. En el año 2011 se puso en marcha en Huesca el proyecto creándose el laboratorio de la Ciudad de las niñas y los niños y el Consejo de las niñas y los niños.

Humanizar es algo más que ser amable, se trata de un compromiso activo y una responsabilidad. Con este proyecto se pretende apostar por sustentar y mejorar aspectos y dimensiones de una asistencia sanitaria humanizada en la infancia en el Hospital San Jorge.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar las necesidades, expectativas y demandas de los niños, respecto a la atención humanizada, a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Identificar las expectativas, necesidades y demandas que requieren los profesionales del Hospital San Jorge para promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en la población pediátrica del centro.
- Identificar áreas de mejora: Humanizar los espacios físicos y personalizar el proceso de información y acogida a pacientes pediátricos y familiares.
- Establecer un plan de actuación.

MÉTODO

- Reuniones cuatrimestrales con el Consejo de las Niñas y los Niños.
- Creación y puesta en marcha del grupo de humanización del centro.
- Identificación de las áreas de mejora.
- Establecer plan de actuación.

INDICADORES

- Creación grupo humanización del centro.
- Realización reuniones cuatrimestrales con los profesionales y los niños.
- Identificación de áreas de mejora.

DURACIÓN

2017: estudio de la opinión de los profesionales y los niños. Identificación de las áreas de mejora.

2018: Implantación de las mejoras propuestas. Verificación de su funcionamiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0688

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA GIRAL OLIVAN
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
PABLO JULVEZ SILVIA
MONTERO ALONSO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha reestructurado el apartado referente a las comisiones clínicas en la Intranet del Sector. Facilitando información de interés, modelo de solicitud de incorporación, relación de comisiones y resumen anual.

Cada comisión dispone de un espacio propio en el que aparece reflejado su reglamento, los miembros que la integran o han formado parte de ella en alguna ocasión, las actas, un resumen anual así como las solicitudes de nueva incorporación (lista de espera). Se ha recopilado esta información de todas las comisiones, actualizado y organizado atendiendo a la estructura anteriormente descrita.

El calendario marcado se ha cumplido, en abril ya existía esta estructura en la intranet aunque no tuviera contenido o este no estuviera actualizado. En mayo se envió un correo a los presidentes y secretarios de las distintas comisiones informándoles del nuevo apartado de la intranet, solicitándoles la información necesaria, comunicándoles así mismo la importancia de mantener actualizada la información ahí expuesta en aras de la transparencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha puesto a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza.

Se ha facilitado la petición de ingreso en las mismas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones. Además, pueden consultar el número de miembros de cada comisión, si su unidad clínica está ya integrada en la Comisión y el número de personas que han solicitado la pertenencia a la misma.

Se ha agilizado el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas al tener recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Disponer de un circuito definido con estructura delimitada y accesible para todo el personal facilita la gestión de las Comisiones y mejora el conocimiento de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/688 ===== ***

Nº de registro: 0688

Título
ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Autores:
GIRAL OLIVAN ROSA, BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, MONTOIRO ALLUE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Varias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0688

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Sector de Huesca hay constituidas distintas Comisiones como órganos de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para asesorar a la respectiva Dirección y en la que participan los profesionales que desarrollan su actividad en los centros asistenciales adscritos al Sector Sanitario de Huesca del Servicio Aragonés de Salud. Se componen de un Presidente, un Secretario y un número definido de vocales, pudiendo participar Residentes en formación. Actualmente no hay disponible información actualizada y completa, accesible para los trabajadores del Sector de Huesca sobre las Comisiones constituidas, los miembros que pertenecen a cada una de ellas ni la actividad que se realiza en su seno. Como consecuencia los profesionales no saben qué comisiones existen para poder solicitar su ingreso ni cuál es el procedimiento a seguir, por lo que Secretaría de Dirección tiene que atender a estas consultas de forma periódica.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende poner a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza. También se pretende facilitar la petición de ingreso en las mismas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones, descargando a Secretaría de Dirección de tener que atender estas consultas. Adicionalmente, se pretende agilizar el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas teniendo recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

MÉTODO

Las acciones previstas son recopilar y organizar la información de las distintas comisiones. La información que se facilite estará estructurada de forma que se muestre un breve documento introductorio, así como un listado con las Comisiones indicando:

- Nombre comisión
- Núm. actual miembros
- Presidente (mail)
- Secretario (mail)

Cada Comisión tendrá su propio espacio en el que, como mínimo, deberá aparecer:

- Reglamento
- Actas de comisiones
- Resumen anual de actividad
- Relación miembros (inicio, fin, cargo)
- Lista de solicitudes (persona, servicio, fecha solicitud)

Se contactará vía email con los presidentes y secretarios de todas las comisiones para informales y solicitarles su colaboración.

INDICADORES

% de comisiones que tienen en la nueva estructura los contenidos mínimos establecidos. (100% - 70%)

DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Relación actualizada de comisiones y del documento introductorio.
- mayo -> Correo electrónico a los presidentes/secretarios informándoles de los cambios y de la información que deben facilitar.
- junio-agosto -> Recopilación y organización de toda la información recibida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 20/12/2018

2. RESPONSABLE ALFREDO BONDIA GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERMEJO ESCOBAR AMALIO
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Monitorización del consumo de biosimilares (BS) respecto a los biológicos habitualmente utilizados en el entorno hospitalario.
Incluyendo un apartado particular de enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal.
Desarrollo de actividades formativas del uso de este tipo de fármacos para todos los estamentos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de consumo de BS/total de consumo de biológicos:
Valor objetivo: 2,5%
Valor obtenido: 9% (consumo de fármacos de Datos de farmacia)
Rango resultados: 10 puntos

Nº de pacientes tratados con BS respecto al total de pacientes tratados con biológicos:

Valor objetivo: 10%
Valor obtenido: 37% (de 422 pacientes tratados con biológicos que tienen BS, 156 han sido tratados con BS)
(consumo de fármacos de Datos de farmacia)
Rango resultados: 10 puntos

Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2018/

Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2017

Valor objetivo: 50%
Valor obtenido: 40,5%
Rango resultados: 1 punto

Nº de pacientes nuevos con EII en tto con BS/nº de pacientes nuevos totales con EII

Valor objetivo: 90%
Valor obtenido: 85,7%
Rango resultados: 7,5 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sería conveniente hacer expansivo este Proyecto a otros sectores del hospital para mejorar el uso racional del medicamento, siempre y cuando no existan trabas burocráticas que lo impidan.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== ***

Nº de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.
A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.
Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.
La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES

INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018

% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos 2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. 10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17	50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17	50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.	20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII	90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital	Si

DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1024

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MAÑAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN
GARCIA OTAL ELENA
BRAU PERIZ PATRICIA
NAVARRO PEREZ CLARA
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA
ARROYOS BELLOC FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Creación del Grupo de trabajo de alertas no farmacológicas
- 2.- Reunión informativa
- 3.- Perfeccionamiento metodológico del proyecto de mejora.
- 4.- Definición del proceso de gestión de las Alertas no farmacológicas.
- 5.- Consenso distribución de tareas
- 6.- Elaboración del Registro de Alertas (Anexo I)
- 7.- Diseño del borrador de protocolo de gestión de las alertas no farmacológicas (Anexo II)
- 8.- Pilotaje del protocolo
- 9.- Evaluación del pilotaje

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Indicador definición de proceso / Estándar SI/ Resultado SI
- 2.- Diseño Protocolo gestión Alertas/Estándar SI/ Resultado SI
- 3.- Indicador Registro: Alertas Registradas/Alertas Recibidas x 100/estándar 100%/ Resultado 32/32x100= 100%
- 4.- Indicador Información: Alertas Informadas/Alertas Recibidas x 100/ Estándar 100% / Resultado 32/32x100= 100%
- 5.- Indicador Adopción medidas: Alertas resueltas/Alertas recibidas x 100 / Estándar 100% / Resultado 30/32x100= 94%

FUENTE:

Registro de la actividad realizada durante el pilotaje del protocolo en el Registro de Alertas no farmacológicas elaborado al efecto y que incluye los siguientes Items: Fecha, Nº de Alerta, Producto, Fabricante, lote, Motivo, Servicios implicados, Acciones correctoras, Acciones formativas, Seguimiento de acciones, fecha de cierre.

IMPACTO:

Hasta el desarrollo del proyecto no se disponía en el Hospital de información sobre las Alertas No Farmacológicas tramitadas ni de su gestión, toda vez que se carecía de Registro de las mismas. Se carecía igualmente de procedimiento estandarizado de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PENDIENTE:

Enero 20: Presentación Borrador a la Comisión de Calidad
Febrero 20: Difusión del Protocolo definitivo
Marzo 20: Implantación.

LECCIONES /CONCLUSIONES:

- 1.- La tarea de Reflexión y análisis al que obliga la elaboración de un protocolo, ha mejorado sustancialmente la definición del proceso.
- 2.- El trabajo desarrollado para ello ha facilitado la coordinación del personal de las diferentes áreas del Hospital y ha incrementado su implicación en la resolución de las Alertas.
- 3.- La disposición de un Registro facilita la detección de deficiencias en la gestión de las Alertas.

REPLICACIÓN:

El protocolo diseñado sería perfectamente replicable en los diversos Centros Sanitarios con la debida adaptación a las circunstancias específicas de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

Está disponible el Protocolo de Gestión Alertas No Farmacológicas y el Registro de Alertas No Farmacológicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1024

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1024 ===== ***

Nº de registro: 1024

Título
PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

Autores:
RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN, GARCIA OTAL ELENA, BRAU PERIZ PATRICIA, NAVARRO PEREZ CLARA, LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, ARROYOS BELLOC FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: gestion alertas sanitarias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se conoce como alerta sanitaria toda sospecha de una situación de riesgo potencial para la salud de la población y/o de trascendencia social, frente a la cual se hace necesario el desarrollo de acciones de Salud Pública urgentes y eficaces. Se requiere una especial vigilancia por sus potenciales consecuencias en el ámbito sanitario. Con la finalidad de poder identificar y verificar las situaciones de alerta por riesgos para la salud de la población que surgen en relación con la calidad, seguridad, la comercialización ilegal de medicamentos y productos sanitarios así como para poner en conocimiento de los profesionales sanitarios la información o medidas necesarias que se adopten, es preciso generar un circuito con el objeto de gestionar esta información coordinando las diferentes acciones las cuales incluyen que las alertas lleguen a sus destinatarios, se pongan en marcha las medidas oportunas y se elabore un registro que asegure la trazabilidad de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo

MÉTODO
Abril. Reunión primera información, ver documentación.
Mayo. Reunión para repartir tareas, coordinación.
Junio. Elaboración de protocolo. hojas de registro.
Septiembre. presentación del protocolo a la comisión de calidad
Septiembre a Diciembre. Puesta en marcha del protocolo, difusión e implantación.

INDICADORES
Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo. SI

DURACIÓN
UN AÑO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1558

1. TÍTULO

CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION DE GESTION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLEA GUERRO MARTA
RIVERA FUERTES ANA MARIA
BIARGE RUIZ ARTURO
LUESMA CASAÑOLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar se realizó un diseño de los contenidos mínimos que debía tener la web del Sector de Huesca, estableciendo la organización y asegurando la representación de todos los centros que comprenden el sector. En base a la web que se planteaba se solicitó presupuesto a distintas empresas para el desarrollo y alojamiento de la web y se seleccionó a una de ellas.

Se decidieron los dominios con los que se quería publicar la página web y se adquirieron.

Una vez adjudicado el trabajo de desarrollo de la web a la empresa correspondiente, se trabajó con ella para desarrollar los contenidos a incluir en la misma.

Se identificó una persona responsable de cada centro para gestionar la información que se ofrecía sobre el mismo. Se crearon los contenidos, se facilitaron a la empresa y se creó la estructura y estética de la misma. Se hicieron diversas modificaciones según los resultados que se obtenían y las pretensiones iniciales (navegabilidad, facilidad de uso, imagen y servicios que se dan al público).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La página web está terminada con los contenidos mínimos que se establecieron. Se han adquirido los dominios en los que estará accesible. Actualmente está en preproducción en la URL

<http://dl318.dinserver.com/hosting/test/hosajo/web/portada.php>

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha comenzado con unos contenidos mínimos para tener una presencia en Internet y una canal oficial de comunicación con el ciudadano. Ofreciendo información básica que debe estar a su disposición de forma fácil y accesible. Se pretende ir incrementando la información que se ofrece de los centros e implicar a los servicios para que ofrezcan información de interés para los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1558 ===== ***

Nº de registro: 1558

Título
CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
ALCOLEA GUERRERO MARTA, MONTERO ALONSO GEMMA, RIVERA FUERTES ANA MARIA, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, ELDUQUE PALOMO AMADEO, CALVO GASCON ANA MARIA, BIARGE RUIZ ARTURO, LUESMA CASAÑOLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la era digital el Sector Sanitario de Huesca no cuenta con un sitio web dirigido a los ciudadanos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1558

1. TÍTULO

CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

usuarios del Sector como otros Sectores del Servicio Aragonés de Salud.
Adaptarse a las nuevas formas de comunicación y estar presente en los medios digitales es un objetivo para el 2017

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de un sitio web del sector sanitario de Huesca dirigido a los ciudadanos.

MÉTODO

- Definición de la estructura del sitio web y diseño.
- Generación de los contenidos.
- Definición de responsables para su mantenimiento.
- Definición de responsables de contenidos.

INDICADORES

- Puesta en marcha del sitio web

DURACIÓN

- Noviembre 2016- Diciembre 2017
- Primera fase: Finalizada en Julio 2017
- Segunda fase: Finalizada en 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 - 2016/0823

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE JARA ALTEMIR TRALLERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARRAGAN ANGULO AMAYA
CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO
HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO
GARCIA CALVO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.elaboracion de una guía práctica para Atención Primaria con los criterios de derivacion a la consulta de alta resolución de nódulo tiroideo.
2.Adquisicion y compra del ecografo
3.planificacion y organizacion de la agenda de la consulta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.guia práctica del nódulo tiroideo
2 Ecografo
2.consulta N52, los jueves, con agenda END-BAR, específica del nódulo tiroideo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.Demora en la adquisición del ecografo.
2.dificultad en el aprendizaje de la técnica ecografica
3.Definicion de unos criterios claros de derivación a la consulta específica de nódulo tiroideo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/823 ===== ***

Nº de registro: 0823

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDEA EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR Y MEJORAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
ALTEMIR TRALLERO JARA, CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO, GARCIA CALVO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Los procesos tiroideos constituyen, después de la diabetes, la patología endocrinológica más frecuente en la consulta de de Atención Primaria. La buena coordinación entre el Médico de Atención Primaria y el Endocrinólogo es un reto del sistema Sanitario de Salud en España. El abordaje de la patología tiroidea desde Atención Primaria tiene gran interés y su correcto manejo podría evitar muchas derivaciones al Endocrinólogo. La observación y la sospecha clínica en la consulta de Atención Primaria son fundamentales para el diagnóstico, por lo que sería importante difundir una guía de actuación y manejo de los procesos tiroideos en los Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0823

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar una guía para el manejo adecuado del nódulo tiroideo en Atención Primaria y definir unos criterios de derivación a la consulta de Endocrinología.

MÉTODO

Difusión de una guía práctica para el manejo del nódulo tiroideo en los Centros de Atención Primaria

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que se benefician de la aplicación de ese protocolo.:

1. Número de visitas totales.
2. Número de analíticas solicitadas
3. Número de ecografías tiroideas
4. Número de derivaciones

DURACIÓN

Inició el 1 de enero del 2017 sin fecha de finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0159

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LERA OMISTE INMACULADA
GARI LACRUZ ANGEL
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA
CALVETE PALACIO PILAR
BESCOS OROS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el tríptico y se solicitó a la Dirección del Hospital San Jorge su registro permanente para poder difundirlo de manera constante. Esto ha llevado tiempo, por lo que hasta este momento, solo se han podido difundir unos 150 trípticos en los meses de Octubre y Diciembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS:
- Dar a conocer información sobre el Comité Ética Asistencial del Sector Huesca, cometido, misión, funciones, integrantes, medios de contacto, etc.
- Fomentar las consultas tanto por parte de los usuarios como de los profesionales sanitarios al Comité Ética Asistencial del Sector Huesca.

RESULTADOS:
- Se han contabilizado unos 70 trípticos sobrantes.
- No se ha constatado un aumento de las consultas recibidas, no obstante los integrantes del Comité comentan el aumento de comentarios y consultas de manera personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En lo escaso de la experiencia, esta ha sido positiva. Seguiremos desde el Comité de Ética Asistencial difundiendo el documento.

7. OBSERVACIONES.
- Finalmente hemos necesitado más tiempo del esperado para elaborar un tríptico explicativo que fuera también legible y simple. El proceso se ha alargado más de lo esperado, no obstante el resultado ha sido favorable. Para el futuro; - Debemos realizar una lista de lugares más propicios o estratégicos para difundir el tríptico

*** ===== Resumen del proyecto 2016/159 ===== ***

Nº de registro: 0159

Título
TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

Autores:
GARCIA MOYANO LORETO MARIA, LERA OMISTE INMACULADA, GARI LACRUZ ANGEL, ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA, CALVETE PALACIO PILAR, BESCOS OROS MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Participacion, accesibilidad e informacion de usuarios y profesionales.

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0159

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

La bioética se ocupa, entre otras cosas, de asesorar a profesionales y pacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria ante la toma de decisiones difíciles con una dimensión ética, así como de orientar en la aplicación de los avances científico-técnicos en el campo de la biomedicina, de acuerdo con los valores y principios morales.

Un Comité de Ética Asistencial es un órgano consultivo que asesora a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presentan problemas éticos, también se encarga del fomento de la formación e investigación en Bioética.

Debido a los cambios y reformas vividas en Aragón con respecto a la regulación del Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial (Decreto 96/2013 de 28 de mayo), en nuestro sector, en los últimos años han surgido diversos cambios y transformaciones, sobretodo en lo que respecta a la normativa interna, regulación legal (acreditación), incorporación de nuevos miembros, formación, etc. Es por ello necesario informar tanto a usuarios como a profesionales de la existencia de dicho Comité así como la difusión de su cometido, medios de contacto, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante esta herramienta se pretende:

- Dar a conocer información sobre el Comité Ética Asistencial del Sector Huesca, cometido, misión, funciones, integrantes, medios de contacto, etc.
- Fomentar las consultas tanto por parte de los usuarios como de los profesionales sanitarios al Comité Ética Asistencial del Sector Huesca.

MÉTODO

Se realizara un tríptico explicativo y simple sobre las funciones del Comité de Ética Asistencial, información sobre métodos de contacto, etc.
El tríptico será difundido por las Unidades y Servicios del Hospital San Jorge, centros de Salud, Servicios de Atención al paciente o usuarios, así como otros lugares pertenecientes al Sector Huesca.

INDICADORES

Se contabilizaran tras un tiempo prudencial los trípticos sobrantes, así como el número de consultas recibidas tras la difusión de la información.

DURACIÓN

El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que dichos trípticos estén siempre disponibles como medio de información.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0914

1. TÍTULO

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA LAGLERA BAILO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO PARDO AURORA
HOSPITAL ARA PILAR
ESCOBAR BELLO MARIA
ANTON PERIAÑEZ MARIA CARMEN
ABIZANDA CASTILLA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Enero : Se comunica a los trabajadores de la central de esterilización de Jaca el proyecto que queremos llevar a cabo para la formación en esterilización y posteriormente en sistemas de gestión de la calidad al personal que pasa por la central.
-Días 1,4,8,11 y 20 de febrero de 2019: formación práctica de las TCAEs en técnica de esterilización en la central del Hospital San Jorge de Huesca
-01 marzo : Sesión en el Hospital de Jaca sobre normativa ISO en la central de esterilización (3 horas) por Aurora Calvo y Lorena Laglera
-En marzo visitas de la enfermera coordinadora de calidad de Jaca a la central de esterilización del Hospital San Jorge de Huesca para formación práctica en técnica de esterilización
-06 de junio : Nos reunimos en el Hospital de Jaca y se revisa la documentación de la central de esterilización, preparación de informes y resolución de desviaciones surgidas auditoría interna del 2018
-19-20: junio: Jornadas calidad Teruel. El supervisor de esterilización y la coordinadora de calidad de Jaca se forman en diversos talleres y grupo de trabajo sobre esterilización.
-03 de octubre: Reunión en el hospital de Jaca de 9 a 14h para preparación de documentación, indicadores semestrales y auditoría interna
-octubre-noviembre : Taller de auditores internos de las centrales de esterilización del SALUD
-04 de noviembre : Reunión en el Hospital de Jaca (de 9:00 A 14H) Se revisa la documentación de nivel III y hacemos el check list de las auditorías internas para preparación de la misma
-Desde Abril hasta noviembre 2019: Píldoras formativas dirigidas fundamentalmente a la coordinadora de calidad y al supervisor de la central de esterilización, extensivas a otros profesionales del mismo Hospital
- 6 de noviembre : Auditoría de la central de esterilización de Jaca (Vamos una enfermera de la central de esterilización de Huesca y la supervisora de área de calidad como observadoras).
-Como se propuso en el proyecto presentado, durante todo el año, el personal de la Central de Esterilización del Hospital San Jorge de Huesca, ha estado disponible para resolver dudas del personal de Jaca en cuanto a esterilización y las Coordinadoras de calidad en cuanto a normativa ISO (in situ, por correo y telefónicamente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-El 100% de TCAES de la central de esterilización de Jaca acuden a la central de Huesca para formación práctica tanto de esterilización como de normativa ISO. (Estándar 90%)
*La TCAE que se encargaba diariamente de la esterilización y lo concerniente a la gestión de la calidad en la central, no se encontraba en la misma y por eso surgió la necesidad inminente de formar al resto de TCAES. Cuando vuelve al puesto de trabajo a ella no se le hace la formación in situ en el hospital San Jorge ya que contaba con la experiencia y conocimientos necesarios (por eso la excluimos de este indicador), pero por correo y teléfono desde la central de Huesca se le han resuelto las dudas que ha tenido sobre esterilización y normativa ISO. También se le ofrece el venir a la central a ella y a el resto de TCAES y enfermeras que precisen formación cuando lo necesiten.
-El 100% del personal de la central de esterilización de Jaca acude a los talleres de formación realizados en el Hospital de Jaca. (Estándar 90%)
-Se mantiene la certificación ISO de la central de esterilización de Jaca

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Surgió la necesidad de formación porque en enero las dos responsables de la esterilización y gestión de la calidad de la central no se encontraban en la misma y no había nadie formado para encargarse de la misma. Sólo contaban con los conocimientos básicos .
Ahora todo el personal que pasa por la central de Jaca está formado tanto en esterilización como en metodología, y esto conlleva una mayor implicación en el trabajo y en temas de calidad
También se mantiene la certificación según la norma ISO de la central de esterilización del Hospital de Jaca

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0914

1. TÍTULO

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/914 ===== ***

Nº de registro: 0914

Título

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO

Autores:

LAGLERA BAILO LORENA, CALVO PARDO AURORA, HOSPITAL ARA PILAR, ESCOBAR BELLO MARIA, ANTON PERIAÑEZ MARIA CARMEN, ABIZANDA CASTILLA ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Todas las centrales de esterilización del salud tienen implantado un sistema de calidad basado en la norma UNE-EN-ISO 9001-2015, esto implica :

-disponer de un manual de calidad y procedimientos generales en común que deben seguir
-una sistemática de trabajo ordenada, organizada y de calidad
-una implicación del personal de la CE en el proceso

En la central de esterilización del hospital de Jaca se ha implantado la ISO en 2018

La enfermera y auxiliar que se encargaban diariamente de la esterilización y todo lo concerniente a la gestión de la calidad en la central, no se encuentran actualmente en la misma por lo que ha surgido una necesidad inminente de formar prioritariamente en esterilización y posteriormente en sistemas de gestión de la calidad al personal que pase por la central de esterilización.

Al tratarse de un centro pequeño, el personal se ocupa de distintas funciones, ya que la jornada laboral no se cubre con una sola tarea de un solo servicio. Por este motivo la central no cuenta con personal específico, son varias las TCAE que pasan por la central y varias las enfermeras. Todos tienen conocimientos de esterilización pero muy básicos y prácticamente ningún conocimiento en metodología de la gestión de la calidad. Otros profesionales del Sector, fundamentalmente del Hospital S Jorge de Huesca, van a colaborar en su formación, tanto teórica (organizando sesiones y talleres) como práctica en la propia central de Huesca

RESULTADOS ESPERADOS

- Mantener la certificación según la norma ISO de la central de esterilización del Hospital de Jaca como garantía de calidad de los procesos que en ella se llevan a cabo
- Proporcionar la oportunidad de formarse en técnicas de esterilización y en Gestión de la calidad a todo el personal que trabaja en la central de esterilización del hospital de Jaca de una forma planificada y organizada
- Contribuir a la formación de la nueva coordinadora de calidad de la central de esterilización del hospital de Jaca en esterilización y en normativa para poder desempeñar su labor con garantías
- Formar e implicar a todo el personal que trabaja en la central del Hospital de Jaca en la metodología de trabajo

MÉTODO

- *Febrero 2019: formación práctica de las TCAEs en técnica de esterilización en la central del Hospital San Jorge de Huesca
- *Marzo y Septiembre 2019: Taller de Gestión de la Calidad (Norma ISO 9001-2015) impartido en el propio Hospital de Jaca por Aurora Calvo (coordinadora de calidad del Sector Huesca) y Lorena Laglera (supervisora de calidad del Hospital San Jorge)
- *Marzo 2019: Formación práctica en técnica de esterilización de la enfermera coordinadora de calidad en la central de San Jorge, Huesca
- *Abril-diciembre 2019: Píldoras formativas dirigidas fundamentalmente a la coordinadora de calidad de Jaca, extensivas a otros profesionales del mismo Hospital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0914

1. TÍTULO

GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO

*Octubre-noviembre 2019:

- Taller de auditores internos
- Participar Auditoría central de Jaca y auditoras (observadoras) en hospital del SALUD
- preparación de informes y resolución de desviaciones surgidas auditoría

*Durante todo el año, el personal de la Central de Esterilización del Hospital San Jorge de Huesca, estarán disponibles para resolver dudas del personal de Jaca en cuanto a esterilización y las Coordinadoras de calidad en cuanto a normativa ISO (in situ, por correo y telefónicamente)

INDICADORES

- % de TCAES de la central de esterilización de Jaca que acuden a la central de Huesca para formación práctica tanto de esterilización como de normativa ISO. Estándar 90%
- % del personal de la central de esterilización acudirán a los talleres de formación que se harán en el hospital de Jaca. Estándar 90 %
- Mantener la certificación ISO de la central de esterilización : SI / NO

DURACIÓN

1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN VIÑUALES ARMENGOL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN

ALLUE FANTOVA NATALIA

BERNAL MONTERDE VANESA

EGIDO MURCIANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Coordinación con los servicios implicados para establecer el circuito de solicitud - petición y dispensación de los fármacos antivirales.
- 2.- Modificación de la periodicidad de las determinaciones de las cargas virales, pasando a realizar únicamente dos, una antes de comenzar el tratamiento (CV inicial) y otra tras la finalización del mismo para poder determinar la eficacia del tratamiento.
- 3.- Se han elaborado hojas de información para los pacientes de los nuevos medicamentos antivirales que se están utilizando (Maviret, Epclusa y Zepatier).
- 4.- Seguimiento de la adherencia mediante el registro de las dispensaciones en el módulo de pacientes externos. Esto ha permitido detectar incidencias en tres ocasiones durante 2016 y dos en 2017, analizar las causas y establecer las medidas correctoras oportunas.
- 5.- Detección de posibles interacciones entre los fármacos antivirales y la medicación domiciliaria. Para ello, antes de tramitar la petición del fármaco, se revisa el tratamiento farmacológico que está registrado en la HCE y en su caso, se contacta con el médico prescriptor.
- 6.- En la primera dispensación se facilita al paciente información oral y escrita de los medicamentos que va a tomar (cómo tomar la medicación, pauta, qué hacer en caso de olvido, posibles efectos secundarios...) y se realiza una entrevista detallada para detectar posibles interacciones con la medicación domiciliaria que no aparece registrada en la HCE y los productos de herbodietética. En las siguientes visitas se entrevista al paciente para detectar posibles reacciones adversas.

Esto ha permitido detectar interacciones farmacológicas con la medicación domiciliaria en 15 pacientes de los 64 tratados durante 2016 y en 22 pacientes (en 5 de ellos se ajustó el TAR previo al inicio del tratamiento) de los 60 tratados durante 2017.

En cuanto a la seguridad: Durante 2016 se detectó alguna reacción adversa a medicamentos (RAM) en 17 pacientes y durante 2017 se detectaron RAMs en 16 pacientes. Todas las RAMs detectadas estaban descritas en las fichas técnicas de los medicamentos y en ningún caso obligó a suspender el mismo. Sólo 1 caso precisó ingreso por RAM y fue debida a ribavirina y no al fármaco antiviral pautado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Detección de posibles reacciones adversas a la medicación.

Nº RAM detectadas 2016: 17

Nº RAM detectadas 2017: 16

Nº pacientes con RAM 2016-2017 / Nº pacientes tratados: 33/124

- 2.- Intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas debidas a interacciones farmacológicas con la medicación domiciliaria.

Nº IF realizadas 2016: 15

Nº IF realizadas 2017: 22

- 3.- Adherencia al tratamiento

De los 124 pacientes que han sido tratados durante los años 2016 y 2017, sólo 5 no han tomado correctamente la medicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC.

A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas.

La atención integral de estos pacientes por un equipo multidisciplinar aporta beneficios importantes para el paciente pero requiere destinar personal necesario para poderlo llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/649 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Nº de registro: 0649

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Autores:
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, ESCOLANO PUEYO ANGEL, BERNAL MONTERDE VANESA, EGIDO MURCIANO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Hepatitis C
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
a infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es un problema de salud de primera magnitud en Europa. Es la primera causa de enfermedad hepática terminal y una de las principales indicaciones de trasplante hepático. El VHC se divide en 7 genotipos con numerosos subtipos, siendo el genotipo 1 el más frecuente en Europa con una prevalencia del 70%, seguido del genotipo 3.
Para el genotipo 1, la terapia triple con PEG+RBV y uno de los inhibidores de proteasa están disponibles desde el año 2011 y presentan una tasa de respuesta viral sostenida (RVS) que oscila entre el 30-84% en función de subtipo, el polimorfismo del gen IL28B, la respuesta al tratamiento previo y la gravedad del daño hepático. Para el resto de los genotipos, el tratamiento consiste en la combinación de PEG+RBV durante 16-48 semanas. Las tasas de RVS oscilan entre el 30 y el 80%, siendo en los genotipos 2 y 3 en los que se consiguen mejores resultados. Los tratamientos basados en interferón (IFN) se asocian a un gran número de efectos adversos, lo que limita su aplicabilidad en algunos grupos de pacientes. Por lo tanto, las moderadas tasas de eficacia y la gran cantidad de efectos secundarios de las terapias basadas en interferón, especialmente en los pacientes con enfermedad hepática más avanzada y en los que han fracasado tratamientos previos, hacen muy necesarios otros fármacos que sean mejor tolerados, más efectivos y que permitan combinaciones libres de interferón. En el momento actual existe un enorme desarrollo de la investigación de nuevos fármacos frente al VHC que actúan de manera directa y que proporcionan aumentos muy importantes en la eficacia y de seguridad. La rápida aparición de estas nuevas moléculas junto con el elevado coste que suponen estos tratamientos, hace necesario un estrecho seguimiento para evaluar tanto la eficacia en la práctica clínica habitual como las posibles reacciones adversas de nueva aparición.
Este proyecto se inició el año pasado y se puede concluir que: La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC. En nuestro estudio el 100% de los pacientes consiguió CV indetectable al finalizar el tratamiento así como una alta tasa de RVS en semana 12. No obstante, habría que esperar a los resultados de CV en semana 24 post-tratamiento, así como analizar las razones de los rebrotes en pacientes que habían conseguido la indetectabilidad al finalizar el tratamiento. A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas. La buena coordinación y seguimiento por parte del equipo multidisciplinar ha permitido optimizar los tratamientos y mejorar la eficiencia y seguridad en la atención de estos pacientes. Dado que todavía no se han tratado todos los pacientes, la aparición de nuevas moléculas para el tratamiento de esta patología y los buenos resultados obtenidos el año pasado, se hace necesario continuar con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinación con los facultativos implicados.
Seguimiento de la eficacia de los nuevos antivirales y de la adecuación a las directrices del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C.
Seguimiento de la adherencia al tratamiento.
Atención farmacéutica a estos pacientes mediante información oral y escrita.
Detección de posibles interacciones de los nuevos fármacos con la medicación domiciliaria.
Detección /notificación de reacciones adversas a medicamentos.

MÉTODO
Revisión con los Servicios implicados de la metodología definida en cuanto a la periodicidad de las determinaciones de las CV, y análisis de los resultados del proyecto durante el año anterior.
Cumplimentación de los datos relativos al genotipo y las cargas virales periódicas en la carpeta compartida Microbiología-Farmacia. Esto permitirá realizar el seguimiento exhaustivo de todos los tratamientos y poder valorar la eficacia en las condiciones reales de utilización.
Elaboración de hojas informativas para los pacientes de los nuevos medicamentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Para realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento, se utilizará el registro de dispensaciones del módulo de dispensación a pacientes externos del programa Farmatools
La detección de posibles interacciones y reacciones adversas se realizará mediante entrevista con el paciente en el momento de la dispensación.

INDICADORES

% Pacientes con CV indetectable al finalizar el tto.
Nº Reacciones adversas a medicamentos detectadas/ nº de medicamentos dispensados.
Nº de intervenciones farmacéuticas realizadas.
Nº de pacientes a los que se ha realizado atención farmacéutica/ nº total de pacientes.

DURACIÓN

Revisión de la metodología y análisis de los resultados con los servicios: Enero 2017.
Elaboración hojas informativas: Enero y siguientes.
Atención farmacéutica, detección de interacciones y reacciones adversas: Enero y siguientes.

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 - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCOLANO PUEYO ANGEL
ALLUE FANTOVA NATALIA
CUARTERO CASIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Creación de un equipo multidisciplinar con los facultativos y personal de enfermería implicados en el proceso asistencial.

-Establecimiento del circuito de actuación para realizar la conciliación.

-Definición y clasificación de discrepancias.

-Establecimiento de un sistema de priorización de pacientes subsidiarios de conciliación:>70 años y >5 fármacos domiciliarios.

-Establecimiento de las fuentes de información y elaboración de un sistema estandarizado para recopilar y documentar la información clínica y farmacológica del paciente.

-Elaboración de formulario específico para documentar todos los medicamentos del paciente al alta.

-Elaboración, junto a FEAs del Servicio de Urgencias, de una guía de administración de fármacos por vía parenteral en urgencias.

-Resolución de consultas de administración de fármacos.

-Optimización de costes sanitarios.

-Farmacovigilancia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Conciliación de la medicación a 17 pacientes.

-Nº de medicamentos conciliados: 145

-% de pacientes con discrepancias en la medicación: 52,9%

-Nº discrepancias aceptadas/nº total de discrepancias: 75%. Standard: >50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de conciliación de la medicación en el Servicio de Urgencias se encuentra en marcha y en pleno proceso de desarrollo. Tal como se ha visto durante el desarrollo de este proyecto, la conciliación de la medicación garantiza a lo largo del proceso asistencial que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, con la dosis, la vía y la frecuencia correctas y adecuadas a la situación del paciente, así como la nueva prescripción realizada en el hospital. El Servicio de Urgencias es la puerta de entrada del paciente a la atención especializada y se debe garantizar una farmacoterapia segura y eficiente durante todo el proceso asistencial. La realización de la conciliación en dicho servicio resulta de vital importancia y la presencia de un farmacéutico garantiza uso racional del medicamento.

7. OBSERVACIONES.

Por favor, les agradeceríamos que María Pilar Amador Rodríguez constara como Coordinadora del Proyecto y Ángel Escolano Pueyo pasara a ser otro miembro del equipo de mejora; tal y como consta en este documento. En el envío original se encontraba invertido. Muchas gracias.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/650 ===== ***

Nº de registro: 0650

Título
CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, ALLUE FANTOVA NATALIA, VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, CUARTERO CASIN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención farmacéutica al paciente en urgencias es una actividad clínica de importancia creciente. Se han publicado numerosos estudios, dentro y fuera de nuestro país, que ponen de manifiesto la alta prevalencia de problemas relacionados con la medicación en los pacientes atendidos en urgencias y la capacidad del farmacéutico de prevenirlos y resolverlos trabajando en colaboración con los equipos multidisciplinares que los atienden. En este contexto, una de las actividades más consolidadas es la revisión del tratamiento crónico que recibe el paciente. Por un lado, los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) ocasionan un porcentaje importante de ingresos hospitalarios. Su identificación es necesaria para tratar el episodio agudo que presenta el paciente. Por otro lado, la revisión del tratamiento crónico forma parte del proceso de conciliación, necesario para adecuar la terapia crónica que recibe el paciente a la nueva situación clínica que presenta en el hospital. El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, y que son adecuados a la situación del paciente y a la nueva prescripción. También intenta evitar las interacciones y duplicidades entre la medicación crónica y la aguda, ajustándose a la situación clínica actual. Toda discrepancia no justificada por el médico se considera un error de conciliación.

El proceso de conciliación de la medicación debería ser una práctica integrada en la actividad asistencial diaria en todos los hospitales ya que ha demostrado ser una estrategia importante para reducir los errores de medicación, los costes de los tratamientos y los riesgos potenciales para los pacientes, siempre y cuando se revisen los tratamientos farmacológicos en las primeras 24-48 h de la admisión. Sin embargo, una de las principales barreras para la conciliación de la medicación es la disponibilidad de tiempo del personal sanitario para añadir este proceso en sus tareas habituales.

Por esta razón muchos hospitales han optado por hacer una selección de pacientes según diferentes criterios de prioridad. Una de las poblaciones más susceptibles de presentar problemas relacionados con la medicación en los servicios de urgencias es la constituida por las personas mayores. Este hecho ha sido reconocido por la American Geriatric Society y The American College of Emergency Physicians que recomienda la incorporación de un farmacéutico en los equipos que los atienden. Se trata de una población que, a menudo, presenta comorbilidades asociadas y recibe multitud de medicamentos. Se ha estimado que el 6-30% de los ingresos en pacientes mayores se deben a problemas relacionados con los medicamentos y que un porcentaje importante se debe a prescripciones potencialmente inapropiadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Coordinación con los facultativos implicados.
Asegurar una atención sanitaria continua, segura y de calidad.
Favorecer la continuidad asistencial interniveles de los pacientes.
Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento farmacológico.
Disminuir los errores de medicación producidos en las distintas transferencias asistenciales.
Disminuir las interacciones farmacológicas.
Evitar intolerancias y alergias medicamentosas.

MÉTODO

Creación de un equipo multidisciplinar integrado por un farmacéutico y por personal del Servicio de Urgencias implicado en el proceso asistencial.
Establecimiento del circuito de actuación para realizar la conciliación y asignación de responsabilidades.
Definición y clasificación de discrepancias y establecimiento de recomendaciones frente a las discrepancias observadas
Establecer un sistema de priorización de pacientes subsidiarios de conciliación.
Análisis de las distintas fuentes de obtención de la información farmacológica de los pacientes (Farmasalud, OMIG, Historia electrónica...) y elaboración de un sistema estandarizado (base de datos e impresos específicos) para recopilar y documentar la información sobre todos los medicamentos del paciente, incluyendo la entrevista al paciente y/o cuidador.
Elaboración de una tarjeta o impreso específico para documentar todos los medicamentos del paciente al alta y que permita una adecuada coordinación con Atención Primaria.

INDICADORES

Nº Pacientes con conciliación de la medicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Nº de Medicamentos conciliados.
Porcentaje de pacientes con discrepancias. Pacientes con discrepancias/ Nº pacientes conciliados.
Nº Medicamentos con discrepancias / Nº total de medicamentos conciliados.
Nº Discrepancias aceptadas / Nº total de discrepancias.

DURACIÓN

Creación equipo multidisciplinar: Nov- Dic 16.
Definición del circuito, de discrepancias, recomendaciones y criterios priorización: Enero-Marzo 17
Elaboración impresos y tarjeta: Abril 17.
Inicio conciliación: Mayo y siguientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ARROYOS BELLOC FRANCISCA
CAJA BUETAS ROSA
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Estandarización y compra de las soluciones diluidas de KCl comercializadas.
- Establecimiento del procedimiento de actuación ante las prescripciones que no se adaptan a las dosificaciones comercializadas.
- Definición de las unidades asistenciales que precisan las soluciones concentradas de KCl estableciendo el stock necesario y definiendo las condiciones de almacenamiento, dispensación, preparación y administración. Dispensación desde farmacia exclusivamente de soluciones concentradas de KCl a las unidades predefinidas.
- Retirada de las soluciones concentradas de KCl del resto de unidades que dispondrán de las soluciones prediluidas.
- Distribución de información escrita en forma de dípticos informativos.
- Impartición de sesiones al personal de enfermería.
- Elaboración de un manual de prescripción del sistema PEA destinada al personal facultativo.
- Elaboración de un protocolo escrito y validado por la comisión de seguridad y de calidad de la utilización de potasio intravenoso.
- El calendario marcado se ha cumplido según lo especificado en la memoria inicial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración y distribución de dípticos informativos: Sí
- Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del KCl intravenoso al personal de enfermería: Sí
- Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del KCl intravenoso al personal facultativo: Sí
- Elaboración y distribución de un manual de prescripción del sistema PEA destinada al personal facultativo: Sí
- Elaboración de un protocolo escrito y validado por la comisión de seguridad y de calidad de la utilización de potasio intravenoso.
- Tasa de sustitución de prescripciones de KCl concentrado a KCl diluido >85%: 95,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción del KCl diluido ha sido satisfactoria. Ha resultado primordial haber llevado a cabo sesiones informativas previas y el reparto de dípticos, así como las reuniones anteriores con los servicios médicos y las supervisoras de cada área para informar de la puesta en marcha del proyecto y solicitar recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/559 ===== ***

Nº de registro: 0559

Título
USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ARROYOS BELLOC FRANCISCA, CAJA BUETAS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La administración incorrecta de soluciones concentradas de cloruro potásico (KCl) por vía intravenosa constituye uno de los problemas más reconocidos y tratados en el campo de la seguridad del paciente. En múltiples ocasiones han ocurrido errores de consecuencias mortales debido a la administración accidental de KCl concentrado por vía intravenosa. Un factor contribuyente común en muchos de estos casos ha sido la disponibilidad de viales o ampollas de KCl concentrado en las áreas asistenciales. Por lo tanto, una práctica de seguridad elemental que se fomenta es la retirada de las soluciones inyectables concentradas de KCl de las unidades asistenciales y su sustitución por soluciones diluidas comerciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir los posibles riesgos para los pacientes derivados de la administración intravenosa de soluciones de KCl en el Hospital General San Jorge de Huesca.

MÉTODO

-Participar con un equipo multidisciplinar en la elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro.

-Estandarizar las soluciones diluidas de KCl que deben utilizarse en el Hospital y establecer límites de dosis, concentración y velocidades de infusión. Establecer un procedimiento de actuación ante las prescripciones que no se adapten a las soluciones normalizadas, como por ejemplo la aplicación de un protocolo de sustitución automática.

-Definir las unidades asistenciales donde se necesite disponer de soluciones concentradas de KCl y establecer las condiciones para su almacenamiento, dispensación, preparación y administración. Dispensar desde el Servicio de Farmacia estas soluciones concentradas exclusivamente a las áreas críticas autorizadas y siguiendo el protocolo establecido.

-Contribuir a la difusión y cumplimiento de estas recomendaciones y del protocolo de utilización del KCl: distribuir información escrita (dípticos informativos) indicando que especifique las nuevas presentaciones de KCl diluido de nueva adquisición en el Hospital (presentación, mEq K/mL, mEq K/envase) e impartición de sesiones a personal de enfermería.

-Retirar los viales y ampollas de KCl concentrado de las unidades asistenciales y reemplazarlos por soluciones diluidas comerciales.

-Revisión del almacenamiento de KCl concentrado en las unidades autorizadas y no autorizadas

INDICADORES

-Elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro: Sí/No
-Elaboración y distribución de dípticos informativos que pongan de manifiesto la importancia del uso seguro del potasio intravenoso y especifiquen las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el Hospital a la Supervisora de cada unidad de enfermería y Jefe de cada Servicio clínico: Sí/No
-Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del potasio intravenoso al personal de enfermería: Sí/No.
-Elaboración y distribución de un manual de prescripción en el sistema de Prescripción Electrónica Asistida (Farmatools) para distribuir al personal facultativo que especifique la denominación exacta de las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el hospital.

DURACIÓN

-2ª quincena de abril 2018: elaboración de dípticos informativos, sesión informativa y manual de prescripción.
-1ª quincena de mayo 2018: presentación del proyecto a Supervisoras de la Unidad y Jefes de Servicio. Distribución de información (dípticos y manual de prescripción) e impartición de sesiones.
-2ª quincena de mayo 2018: inicio de la prescripción y administración de KCl diluidos, monitorización continua con la presencia física de un farmacéutico en las unidades de hospitalización para resolver las posibles dudas o inconvenientes que puedan surgir.
-Junio 2018: Revisión del grado de implantación de las soluciones de KCl diluidas comprobando que la prescripción, dispensación, almacenamiento y administración de dichas soluciones se ajustan a las especificaciones establecidas en el centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se han realizado charlas informativas en los servicios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología y Medicina Interna).
2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.
3.- Se ha llevado al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.
4.- Se han realizado dos charlas formativas, una de ellas en el marco de las sesiones generales del Hospital y otra organizada con la Gerencia para el Sector de Huesca y Barbastro.
5.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.
6.- Una vez introducidas las moléculas, el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: % de consumo de biosimilares respecto al consumo total de biológicos con biosimilar en el mercado durante el año 2018. Objetivo marcado (2,5%). Resultado obtenido: 9%

Indicador 2: % de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. Objetivo marcado (10%). Resultado obtenido: 37%

Indicador 3: % de variación de número de pacientes tratados con biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 40,5%

Indicador 4: % de variación del consumo de biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 83%

Indicador 5: N° de pacientes nuevos con AR con biosimilares/n° total de pacientes nuevos de AR. Objetivo marcado: (20%). Resultado obtenido: 5%

Indicador 6: N° de pacientes nuevos con EII con biosimilares/n° total de pacientes nuevos de EII: (90%). Resultado obtenido: 85,7%

Indicador 7: Charlas formativas e informativas: si. Se han realizado charlas formativas e informativas ya comentadas en los puntos anteriores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La incorporación al sistema sanitario de los fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario que requiere una importante labor de formación y concienciación del personal implicado, sin menoscabar la eficacia y seguridad de los tratamientos.
Este proyecto tiene una duración y seguimiento de dos años en los que se intentará mejorar alguno de los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.

Proyecto de duración de dos años.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== ***

N° de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES

INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018

% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos	2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos.	10%
% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17	50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17	50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.	20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII	90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital	Si

DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTIÓN DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARI CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se han realizado charlas informativas en los servicios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología y Medicina Interna).
2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.
3.- Se ha llevado el seguimiento al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.
4.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.
5.- Una vez introducidas las moléculas el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de variación de número de pacientes tratados con biosimilares:=>50% -----179%
% de variación del consumo de biosimilares:=>50%-----292%
Nº de pacientes nuevos con EII con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de
EII:=>90%-----
-----100%
Nº de pacientes nuevos con AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de
AR:=>20%-----
-----75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para obtener estos resultados tan altos el equipo ha tenido que coordinarse de manera especial, sobretodo informando y formando a los prescriptores de los fármacos biosimilares con el apoyo de la Dirección del Hospital y estando muy atentos a cualquier desviación que se pudiera producir. Para ello se creo una hoja excell de seguimiento mensual. Este tipo de proyectos requieren un gran esfuerzo para su implementación y un seguimiento continuo que tendrá que seguir aunque se de por finalizado dicho proyecto de gestión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== ***

Nº de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTIÓN DE BIOSIMILARES

PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES

INDICADOR/ES:	VALOR OBJETIVO 2018
% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos	2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos.	10%
% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17	50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17	50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.	20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII	90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital	Si

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTIÓN DE BIOSIMILARES

DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MEJIA ESCOLANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Asistencia y formación personalizada al personal facultativo, MIR y de enfermería a la hora de integrar PCH-Dominion.
- Elaboración de una guía de procedimiento para la correcta prescripción en el entorno PCH-Dominion y distribución a los profesionales implicados tanto en formato físico como por correo electrónico.
- Reuniones periódicas con los profesionales implicados en la integración PCH-Dominion para poner en común y solventar los problemas encontrados.
- Integración plena de los programas informáticos PCH-Dominion,
- Planificación e instalación de un sistema automático de dispensación (SAD) de medicamentos.
- Asistencia y formación al personal del Servicio de Urgencias sobre el funcionamiento del SAD.
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos y personal necesario.
- Resolución de dudas y dificultades con el manejo del SAD al personal de enfermería.
- Analizar el uso y consumo de los medicamentos en urgencias.
- Evaluar los tratamientos prescritos en urgencias.
- Gestión y organización de stocks.
- Validación farmacéutica de los tratamientos y comienzo de la conciliación del tratamiento con la medicación domiciliaria.
- Intervenciones sobre la prescripción.
- Consultas relacionadas con la farmacoterapia (posología, forma de administración, reacciones adversas...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Integración satisfactoria de los programas PCH-Dominion: Sí.
- Planificación e instalación del SAD: Sí.
- Elaboración de un manual de procedimiento de manejo del SAD: Sí
- Agilidad en la reposición del SAD: Tiempo medio de preparación de medicamentos: 15 minutos. Standard: 20 minutos. Dato obtenido mediante cronometración.
- Agilidad en la reposición del SAD: Tiempo medio de la reposición de los medicamentos en el SAD: 5 minutos. Standard: 10 minutos. Dato obtenido mediante hora de inicio de reposición y final extraída del SAD.
- Control de stock: Porcentaje de descuadres de stock encontrados y subsanados por el Servicio de Farmacia frente al total de dispensaciones: 13,5%. Standard 15%. Dato obtenido del SAD: nº veces que el personal de farmacia debe regularizar el stock del SAD.
- Calidad en la reposición (ausencia de errores de reposición): Nº de especialidades repuestas erróneamente/total de especialidades: 0,32%. Standard: <5%. Dato obtenido y registrado cada vez que se detecta un medicamento repuesto en otro lugar.
- Medicamentos caducados: Detección de medicamentos caducados/total de medicamentos: 0%. Standard: 0%. Dato obtenido cada vez que se revisan las caducidades del SAD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfactoria integración PCH-Dominion ha aumentado la eficiencia en el acto de la prescripción por parte del personal médico facultativo. Se reduce el tiempo empleado en dicha actividad ya que la prescripción se transcribe de forma automática de Dominion a PCH y se reducen los consiguientes errores debidos a la transcripción manual evitando así potenciales errores de medicación.

Por otro lado, la instauración del SAD ha permitido tener un control y trazabilidad absoluta del stock de medicamentos en el Servicio de Urgencias. Este control permite reducir el stock de medicamentos en esta unidad, así como un control exhaustivo de las caducidades y una trazabilidad total en el proceso terapéutico (quién prescribe, quien retira la medicación, a qué paciente y a qué hora). Facilita además el análisis de la farmacoterapia permitiendo la participación activa del farmacéutico en el equipo de salud.

Este proyecto todavía está en fase de desarrollo ya que la experiencia del día a día nos ayuda a mejorar solventando los pequeños inconvenientes que surgen a lo largo del tiempo, como puede ser ajustes de stock a nivel tanto cuali como cuantitativo o formación en el manejo del dispositivo. Sería interesante invitar a otros facultativos, personal de enfermería y supervisoras de unidades a que conocieran el SAD para que pudieran aportar nuevas ideas y sugerencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1708 ===== ***

Nº de registro: 1708

Título
PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, MEJIA ESCOLANO DAVID, CAJA BUETAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología que motiva la visita a urgencias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La finalidad de este proyecto es integrar los programas informáticos PCH, DOMINION y un sistema automatizado de dispensación (SAD) para facilitar la prescripción de medicamentos y optimizar la gestión de stock de los mismos, con el correspondiente ahorro económico, de tiempo y carga de trabajo del personal del Servicio de Urgencias. Además, se garantiza la total trazabilidad en el proceso terapéutico (quién prescribe y qué persona retira la medicación a nombre de qué paciente) y la optimización de la situación farmacoterapéutica global del paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se proponen están relacionados con la seguridad del paciente, la seguridad del proceso y la eficiencia:

- Optimizar la gestión de stock de medicamentos en Urgencias.
- Eliminar los depósitos de medicamentos y sus problemas derivados (roturas, pérdidas, caducidades...)
- Disponibilidad de medicamentos las 24h del día.
- Facilitar el análisis de la farmacoterapia del paciente con la participación activa del farmacéutico en el equipo de salud.
- Detectar y disminuir los problemas relacionados con la medicación (PRM)
- Promulgar el uso racional de los medicamentos.
- Reducir costes económicos asociados a los stocks de medicación tradicionales.
- Reducir costes económicos asociados a los PRMs.
- Generar conocimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MÉTODO

- Asistencia y formación a personal facultativo y de Enfermería en la integración PCH-Dominion.
- Planificación e instalación de un sistema automático de dispensación (SAD) de medicamentos.
- Asistencia y formación al personal del Servicio de Urgencias sobre el funcionamiento de los SAD.
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento de las principales patologías atendidas en Urgencias.
- Analizar el uso y consumo de medicamentos en Urgencias.
- Evaluar los tratamientos prescritos en Urgencias.
- Actividades del farmacéutico:
 - o Gestión y organización de stocks.
 - o Detección y prevención de PRM.
 - o Conciliación del tratamiento con medicación domiciliar al ingreso y al alta. o Intervenciones sobre la prescripción.
 - o Elaboración de guías de práctica clínica/protocolos.
 - o Consultas de administración de medicamentos.
 - o Optimización de costes sanitarios.
 - o Farmacovigilancia
- Medición de todos los parámetros anteriores.
- Actuación en los puntos débiles hallados.
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones.

INDICADORES

- Indicadores logísticos
 - o Elaborar un manual de procedimiento de manejo del SAD
 - o N° de especialidades por debajo del stock mínimo/total especialidades.
 - o Tiempo medio de preparación de los medicamentos a reponer.
 - o Tiempo medio de la reposición de los medicamentos en el SAD.
 - o Porcentaje de descuadres de stock encontrados por el Servicio de Farmacia/total de dispensaciones realizadas
 - o N° de especialidades repuestas erróneamente/total de especialidades: <5% ç
- Indicadores farmacoeconómicos.
 - o Consumo de medicamentos con/sin SAD
 - o Detección de medicamentos caducados/total de medicamentos · Indicadores de gestión clínica.
 - o N° de especialidades prescritas/n° de especialidades retiradas
 - o N° de medicamentos retirados de manera excepcional/n° de medicamentos totales.
 - o N° de pacientes conciliados/n° de pacientes totales

DURACIÓN

- Formación del grupo de trabajo (Dic-2016).
- Integración de PCH-Dominion (Dic- 2016-Enero-2017).
- Formación y resolución de los problemas de la integración Enero-Marzo 2017.
- Plan estratégico de dispensación de medicamentos en el Servicio de Urgencias. Dic 2016- Marzo 2017:
- o Revisar consumos de medicamentos de la Unidad.
- o Seleccionar los medicamentos, definir máximos y mínimos.
- o Planificar estructura del SAD. o Definir con la Unidad la ubicación.
- o Gestionar el acceso a los usuarios.
- o Definir procedimientos y protocolos para el manejo de SAD.
- o Realizar reuniones periódicas de formación.
- o Rediseño de circuitos de dispensación de medicación (Abril 2017) - Protocolización de distribución de tareas entre el personal de Enfermería de Urgencias y el personal del Servicio de Farmacia (Abril- Mayo 2017)
- Formación del personal de Enfermería de Urgencias (Mayo- 2017) - Formación del personal del Servicio de Farmacia (Mayo- 2017)
- Instalación del SAD (Junio 2017)
- Establecer un plan de mantenimiento y contingencia para garantizar el funcionamiento de los SAD (Julio-Septiembre 2017)
- Establecer indicadores de seguridad y económicos
- Iniciar el proyecto de conciliación de los pacientes que ingresan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

en el Servicio de Urgencias (Octubre 2017).
-Enero 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GESTION DE SISTEMAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRAL DE MUR MARIA MATILDE
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO
GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA
PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En febrero de 2018 se comenzó a trabajar en el diseño de un cuadro de mandos que englobase toda la atención sanitaria de salud mental del Sector de Huesca. Siguiendo la forma de trabajo del resto de centros y servicios del sector se trabajó en un cuadro de mandos que mostrara la información desagregada por unidades (equipo de atención primaria, UME, ULE, etc.) y también agregada a nivel superior (Todas las unidades de salud mental de AP, toda la actividad del CRP). En este momento se contactó con las personas de los distintos centros que registran la información con la que se va a trabajar, para establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos

En junio de 2018 se envió una versión preliminar del cuadro de mandos a la dirección médica, al jefe de servicio de psiquiatría y a Javier Olivera, para que la validasen y/o aportasen las consideraciones que quisieran. Con el feedback de ese correo se realizaron las oportunas modificaciones en el cuadro de mandos que se volvió a remitir a los mismos actores para su aprobación definitiva.

A finales de junio, una vez obtenido el visto bueno, ya se estaba en disposición de difundir el cuadro de mandos con periodicidad mensual. Se solicitó al jefe de servicio de psiquiatría que indicase los destinatarios del cuadro de mandos.

En agosto se realizó el primer envío de cuadro de mandos, con información desglosada por centros y unidades para que los responsables puedan realizar la difusión entre los mandos intermedios que consideren. Desde entonces se ha realizado con la periodicidad establecida el envío periódico del cuadro de mandos, y se ha incluido a los cuadros de mandos de centros que se remiten a la dirección y gerencia del Sector.

Actualmente se encuentra incorporado con un proceso más de Control de Gestión y se remite a los profesionales de la especialidad así como a la dirección y gerencia del Sector Sanitario de Huesca. La base es un archivo Excel que refleja la actividad de forma mensual y agregada hasta el mes en curso haciendo una comparación con los mismos periodos del año anterior para poder ver la evolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuadro de mandos estuvo creado y con el 100% de indicadores que lo componen informados para diciembre de 2018. De hecho ya en funcionamiento en agosto de 2018 y remitido de forma periódica y puntual a todos los agentes involucrados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cuadros de mandos necesitan la implicación de diversos actores para que sean útiles y cumplan con su finalidad. Deben ser revisados periódicamente, así como cada vez que los orígenes de los que dependen sufran alguna modificación. Este cuadro de mandos ha permitido comprobar información que no estaba registrando correctamente y sirve para que las personas responsables de capturar la actividad sepan la importancia y necesidad del trabajo que realizan, pues sin él, no puede haber información a analizar sobre funcionamiento, carga de trabajo, demoras, etc. En resumen del funcionamiento de una agenda, servicio, unidad o centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/686 ===== ***

Nº de registro: 0686

Título
CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

MONTERO ALONSO GEMMA, GIRAL DEMUR MARIA MATILDE, PELEGRIN VALERO CARMELO, GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA, PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La salud Mental en el Sector de Huesca se articula mediante la asistencia en distintos niveles y centros de asistencia. Actualmente, la visión que se tiene de la actividad asistencial de Salud Mental es en forma de silos, aislada por centro/nivel en el que se presta, por lo que se pierde la visión conjunta y transversal de la misma. La gestión de agendas de las Unidades de Salud Mental a través del Sistema de Información Hospitalaria precisa de un feedback a los profesionales para que sean conscientes de la importancia de no solo gestionar las agendas, sino también de capturar la actividad realizada.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende crear un cuadro de mandos unificado de salud mental que ofrezca una visión global de la asistencia de salud mental del Sector de Huesca.

MÉTODO

Las acciones previstas son la creación de un cuadro de mandos asistencial de salud mental que incluya:

- Hospitalización
- o Agudos/Corta Estancia
- o Media Estancia
- o Larga Estancia
- o Psicogeriatría
- Actividad Ambulatoria
- o Consultas Externas Psiquiatría San Jorge
- o Consultas Externas Psicogeriatría Hospital Sagrado Corazón
- o Unidades de Salud Mental
- o Unidades Infanto-Juveniles
- o UASA
- Hospital de Día

Una vez el cuadro de mandos que se trabajará con los auxiliares administrativos que trabajan con los sistemas de información de cada uno de los centros y que se acuerda con el jefe de Psiquiatría del Sector de Huesca, será el cuadro de mandos que de forma mensual tenga disponible el Servicio de Psiquiatría, Dirección Médica y Gerencia del Sector.

INDICADORES

El cuadro de mandos estará creado y con el 100% de indicadores que lo compongan informados para diciembre de 2018.

DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Diseño del contenido del cuadro de mandos.
- mayo - agosto -> Establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre - diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados y es la fuente única de información para proporcionar las estadísticas autonómica y estatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LACALLE AICUA LAURA
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MENEDEZ JANDULA BARBARA
SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA
SECORUN PACO CRISTINA
RUBIO VILLANUA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Para la identificación de los procesos que necesitan ser documentados en el servicio de transfusión se utilizaron diferentes técnicas de identificación de problemas (encuesta, tormenta de ideas) en la que participó todo el personal que labora en el mismo y se llevó a cabo en mayo de 2017.

- Aplicación de parrilla de priorización de los procesos. Junio 2017.
- Documentación de los siguientes dos procesos seleccionados como prioritarios: Septiembre a Diciembre de 2017.
 - o Transfusión en situación de extrema urgencia o desesperada
 - o Transfusión masiva.

El proyecto se dio a conocer a todo el personal del Servicio de Hematología y Hemoterapia a través de reuniones informativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

1. Identificar los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de transfusión y definir los protocolos y procedimientos necesarios para llevarlos a cabo. Ver Anexo 1.

-Indicador: Listado de procesos identificados (que sirva de base para un posterior listado de documentación en vigor): SI

2. Priorización según parrilla de criterios (factibilidad, impacto clínico, mejora de la seguridad de los pacientes y mejorar la respuesta a las demandas existentes). Ver Anexo 2.

Indicador: Procesos priorizados según parrilla de priorización: SI

3. Llevar a cabo la documentación de dos de los procesos priorizados para su posterior implementación.

-Indicador: - Procesos documentados en formato estandarizado en la Unidad de calidad del Sector >= 2: SI, pendiente formatear.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En el servicio de transfusión ha habido importantes cambios del personal: teniendo en cuenta la responsabilidad que el proceso transfusional implica y pese a que el personal de Enfermería ha sido reemplazado por Técnicos de laboratorio, con lo cual la experiencia previa en la sistemática del proceso se ha perdido, se ha logrado con mucho esfuerzo asumir y adaptarse a las nuevas condiciones.

-Dado complejidad e interdisciplinariedad del proceso clínico de transfusión, se está trabajando en su elaboración con la participación de la Comisión de transfusión hospitalaria del H. San Jorge.

7. OBSERVACIONES.

ANEXO 1. LISTADO DE PROCESOS IDENTIFICADOS

1. Proceso de solicitud y recepción de componentes sanguíneos al Banco de Sangre y Tejidos de Aragón (BSTA), implica los siguientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT):

a. PNT de pedidos de componentes sanguíneos al centro de transfusión sanguínea regional (petición electrónica),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

condiciones de almacenamiento y transporte.

b. PNT de recepción de los componentes sanguíneos en el servicio (comprobación de la calidad, comprobación de grupo ABO/Rh D, entrada en el programa informático, almacenamiento, control de temperatura, etc).

2. Proceso de gestión de existencias: Stock de componentes, caducidades, etc.

3. Proceso clínico de transfusión: implica tres fases en términos generales.

I. La primera fase de solicitud de componentes sanguíneos, puede ser realizada por un facultativo desde cualquier servicio / unidad del Hospital para lo cual se diseñará un nuevo formato de petición de componentes sanguíneos (puede ser electrónico).

a. PNT de evaluación de la necesidad del tratamiento con componentes sanguíneos.

b. PNT de información al paciente y documentación de su consentimiento informado.

II. Una segunda fase de recepción de la solicitud y de muestras de sangre, en el servicio de transfusión, se precisan los siguientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT):

a. PNT de recepción de muestras de sangre y verificación de registro de seguridad (gricode), criterios de aceptación de las muestras recibidas.

b. PNT de pruebas pretransfusionales: pruebas de compatibilidad (fenotipado ABO y Rh D, fenotipo extendido, escrutinio de anticuerpos irregulares (EAI) e indicaciones de realizar prueba cruzada) y selección de componentes (además de compatibilidad ABO y Rh verificar si se precisan otras especificaciones como fenotipado extendido, irradiados, inactivados, cuarentenados, etc).

c. PNT de dispensación de componentes sanguíneos.

d. PNT de manual de técnicas de inmunohematología en el servicio de transfusión.

III. La última fase de transfusión de los diferentes componentes sanguíneos.

a. PNT de preparación de la transfusión, administración, velocidad de transfusión, selección y uso de dispositivos de infusión, observación basal y vigilancia del paciente.

b. PNT de actuación y notificación de reacciones / efectos adversos transfusionales.

c. PNT de trazabilidad de los componentes sanguíneos.

4. Proceso de transfusión masiva.

5. Proceso de transfusión de extrema urgencia o "desesperada".

ANEXO 2. PRIORIZACION DE PROCESOS IDENTIFICADOS

Una vez aplicada una matriz de priorización, teniendo en cuenta la factibilidad, el impacto en pacientes y/o en los profesionales del hospital, la satisfacción de pacientes y/o otros profesionales "clientes" del Servicio de transfusión, viabilidad económica, técnica y de recursos humanos y posible resistencia al desarrollo del proyecto, se definió el siguiente orden de prioridad para desarrollar la documentación de los procesos:

1. Proceso de transfusión de extrema urgencia o desesperada.

2. Proceso de transfusión masiva.

3. Proceso de gestión de existencias.

4. Proceso de solicitud y recepción de componentes sanguíneos.

5. Proceso clínico de transfusión.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1257 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Nº de registro: 1257

Título
IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, BORREL RONCALES MERCEDES, MENENDEZ JANDULA BARBARA, IZQUIERDO GARCIA ISABEL, SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA, SECORUN PACO CRISTINA, MEDINA GIMENO RUTH EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Hematología es un Servicio transversal, en el que confluyen las peticiones de todos los centros sanitarios del Sector, tanto de A Primaria como especializada; esto hace necesario tener protocolizados y normalizados todos y cada uno de los procesos que se realizan en el Servicio de Hematología.

A lo anterior, se añade la complejidad técnica de todos los procesos del Servicio, no es tarea sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo, deberá implicar al mayor número de profesionales del servicio para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde y en cuanto tiempo se realizan todas las actividades y de que manera se puede añadir valor a como se hacen en la actualidad.

En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.
De esta forma se sentarán las bases para una posible certificación de calidad externa, tipo ISO 9001.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es identificar y documentar los diferentes procedimientos operativos que se llevan a cabo en el Servicio de Transfusión de la Unidad de Hematología y Hemoterapia del Hospital San Jorge que permita normalizar y para asegurar la calidad de todos los procesos.

- Identificar todos los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de transfusión y definir los protocolos y procedimientos necesarios para llevarlos a cabo.
- Priorización según parrilla de criterios (factibilidad, impacto clínico, mejora de la seguridad de los pacientes y mejorar la respuesta a las demandas existentes).
- Llevar a cabo la documentación de dos de los procesos priorizados para su posterior implementación.

MÉTODO
De manera funcional, no estructural, podemos identificar en el Servicio varias secciones:
- Oncohematología
- Servicio de Transfusión
- Laboratorio de Hematología
- Hemostasia
- Eritropatología

Inicialmente se propone comenzar con la sección de Transfusión, la identificación y priorización de los procesos, se contará con la participación de los facultativos de Hematología, liderados por el Jefe del Servicio y coordinados por la coordinadora de calidad del Servicio y contará también con la participación activa de la Supervisora de enfermería, personal de enfermería y técnicos de laboratorio de la sección.

Para la priorización se elaborará una matriz objetiva que tenga en cuenta la factibilidad, el impacto en pacientes y/o en los profesionales del servicio, la satisfacción de pacientes y/o otros profesionales "clientes" del Servicio de Hematología, coste, posible resistencia en el desarrollo del proyecto, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Una vez seleccionados los procesos prioritarios, desde el grupo de mejora de la calidad liderado por la coordinadora, se iniciará la documentación del mismo con los conocimientos científico/técnicos necesarios y su experiencia profesional. Esta documentación será revisada por el Jefe de Servicio y aprobados por la dirección asistencial correspondiente, tal y como recoge el Procedimiento de control de documentación del Sector.

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	Estándar
Identificación de procesos documentación en vigor	SI	Elaborar un listado de procesos que sirva de base para un posterior listado de
Priorización de los procesos prioritarios para documentarlos		Aplicar parrilla de priorización con criterios objetivos y elegir los más 1 proceso priorizado/sección
Documentación de procesos Sector	>= 2	Procesos documentados en formato estandarizado en la Unidad de calidad del

DURACIÓN

- Identificación de procesos: antes 30/05/2017
- Priorización de procesos: Junio 2017
- Documentación de dos o más procesos: Septiembre/Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Está prevista la modificación de miembros del Servicio de transfusión, el personal de enfermería será reemplazado por Técnicos de laboratorio lo cual supone importantes cambios en la sistemática del proceso transfusional.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO VILLANUA CONCEPCION
SOLANS BLECUA ISABEL
CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
DOLZ PEREZ MARIA
ALASTRUEY MATEO MARIA
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Abril, y por necesidades del Servicio, se realiza una reestructuración de su personal en el que se permutan enfermeros por TEL cumpliendo la normativa del 14 de junio de 1984. Para ello, y conscientes de la importancia y trascendencia que el acto transfusional implica, se planifican actividades formativas que ayuden a adquirir la capacitación adecuada para desempeñar las nuevas tareas. Por otro lado, como estos cambios repercuten en el resto de las unidades de hospitalización se modifican procedimientos y diseñan nuevas estrategias. Para obtener la capacidad necesaria e imprescindible para desarrollar y aplicar las nuevas actividades demandadas se programa un mínimo de 35 horas entre teoría y práctica apoyadas en varios documentos creados expresamente para la formación.

Se inicia con una sesión teórica, presentada en power point, con una duración de unas dos horas, en el que se imparten conceptos básicos sobre los diversos tipos de donación de sangre, fraccionamiento y conservación de hemocomponentes, sistemas de grupos sanguíneos, pruebas de compatibilidad pretransfusional (pruebas cruzadas y tipaje y escrutinio), reacciones adversas transfusionales y trazabilidad sanguínea, Durante la práctica se muestran los diferentes modelos de petición de componentes sanguíneos utilizadas en el Hospital, el funcionamiento del sistema de seguridad transfusional por código de barras GRICODE®, el del programa informático de Banco de Sangre e-Delphyn, las técnicas de pruebas de compatibilidad sanguínea, selección de componentes, procedimiento de salida, entrega y transfusión de componentes, etc.

Duración y calendario

Se realiza un cronograma que ayuda a planificar la formación de los 6 primeros profesionales que tienen que incorporarse a turnar en el Servicio el 17 de abril. Se inicia el 15 de marzo de 2017 y para que sea más efectiva se realiza individualmente en turnos de mañana y tarde.

En el mes de mayo se forman 3, en junio 2 y en octubre el último profesional.

Recursos empleados

Se entrega a cada participante una guía rápida en donde vienen descritas cómo desarrollar todas las actividades de la Sección de Hemoterapia y Banco de Sangre, varios folletos cuyo contenido deben obligatoriamente conocer como son la "Información Clave en Hemoterapia", "Actuación en transfusión desesperada". Y por último, se les proporciona un test de autoevaluación para cumplimentar de forma anónima y voluntaria. Paralelamente, se convocan reuniones con las supervisoras de los servicios de hospitalización para notificarles el nuevo procedimiento y las repercusiones en su personal. Se diseña, para intentar cumplir al máximo la trazabilidad del proceso y que la transfusión sea lo más segura posible, un check list de comprobación pretransfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consigue alcanzar la capacidad formativa necesaria de los profesionales, en el periodo de tiempo previsto, para iniciar la actividad laboral en el Servicio Transfusional.

Indicadores

Número de sesiones impartidas: Son un total de 12 sesiones individuales en los que se evidencia que deben aumentarse el número de horas planificadas, hasta un máximo de 56 horas, para los profesionales que carecían de experiencia.

Número de participantes. El 100% de los profesionales que tenía que incorporarse a las actividades de la Sección realizaron la formación.

Número de participantes que cumplimentan la autoevaluación. El 83,33%, 10 de los 12 participantes, solicitan el documento de Autoevaluación.

En el archivo del Servicio se registró tanto la asistencia a la formación como de la la solicitud del test de Autoevaluación de los discentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de unos meses de la implementación del Proyecto y del inicio de las actividades se observa que, como punto de formación de conocimientos básicos, ha sido útil, pero también se evidencia la necesidad de una formación más específica, continua y normalizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1761 ===== ***

Nº de registro: 1761

Título
PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, RUBIO VILLANUA CONCEPCION, SOLANS BLECUA ISABEL, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, DOLZ PEREZ MARIA, ALASTRUEY MATEO MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A lo largo de 2017, y por necesidades del Servicio de Hematología, se plantea una reestructuración de su personal en el que se permutan enfermeros por Técnicos especialistas en laboratorio (TEL) cumpliendo la normativa del 14 de junio de 1984. Para ello, y conscientes de la importancia y trascendencia que el acto transfusional implica, se planifican actividades formativas que ayuden a adquirir la capacitación adecuada para desempeñar las nuevas tareas. Por otro lado, como estos cambios repercuten en el resto de las unidades de hospitalización se plantean modificaciones procedimientos y diseñan nuevas estrategias.

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar de la capacidad necesaria e imprescindible al personal para desarrollar y aplicar las nuevas actividades demandadas.
Garantizar la seguridad de los procedimientos lo que repercutirá en mejora de la calidad de la atención al paciente

MÉTODO
En total se programan un mínimo de 35 horas entre teoría y práctica apoyadas en varios documentos creados expresamente para la formación.
Se iniciará con una sesión teórica (presentación en power point) para pasar a la práctica: diferentes modelos de petición de componentes sanguíneos, sistema de seguridad transfusional, programa informático, técnicas de pruebas de incompatibilidad sanguínea, selección de componentes, procedimiento de salida, entrega y transfusión de componentes, etc.
Se entregará a cada participante una guía rápida en donde vienen descritas cómo desarrollar todas las actividades de la Sección de Hemoterapia y Banco de Sangre, varios documentos cuyo contenido deben obligatoriamente conocer como son la "Información Clave en Hemoterapia", " Actuación en transfusión desesperada".
Por último, se les proporcionará un test de autoevaluación para cumplimentar de forma anónima y voluntaria. Paralelamente, se convocarán reuniones con las supervisoras de los servicios de hospitalización para notificarles el nuevo procedimiento y las repercusiones en su personal.
Se diseñará, para intentar cumplir al máximo la trazabilidad del proceso y que la transfusión sea lo más segura posible, un check list de comprobación pretransfusional.

INDICADORES
Número de sesiones impartidas
% de participantes del total de TEL
% de participantes que cumplimentan la autoevaluación del total de participantes
Check list de comprobación pretransfusional SI /NO

DURACIÓN
Las actividades se llevarán a cabo a partir el 15 de marzo de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Esta previsto que finalice todo el plan en la última semana de octubre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
MURILO FLOREZ ILDA MARIA
MARCO BETES VICTOR
MARCO AMIGOT JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:
 - ? Sala con el mobiliario necesario
 - ? Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad
 - ? Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp
- o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.
 - ? Guía de acogida. Elaborada.
 - ? Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones
- o Crear registro de actividades asistenciales:
 - ? Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.
 - o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.
- o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.
- o Seguimiento de las Gammopatías Monoclonales. Realizado el protocolo.
- o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.
- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

- o Realización de:
 - ? Base de datos: Elaboradas
 - ? Guía de acogida: Elaborada
 - ? Cuidados y recomendaciones: Elaborada
- o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos*.
- o Número de llamadas telefónicas atendidas**: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos.*
- o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día *
- o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)*.

*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.

**Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/366 ===== ***

Nº de registro: 0366

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria. La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes. El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado. El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos. La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:

- o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
- o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
- o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
- o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
- o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
- o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
- o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
- o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
- o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
- o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectados de Gammopatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
- o Mantenimientos de catéteres de vía central.
- o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO

- o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
- o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
- o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

- o Monitorización de adhesión al tratamiento
- o Programación y planificación de la gestión de agendas
- o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
- o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico
- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

INDICADORES

- o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
- o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
- o número de llamadas telefónicas atendidas
- o número de demoras en los tratamientos programados
- o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

DURACIÓN

- o Cronograma:
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda
junio: puesta en marcha de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA
MARCO BETES VICTOR
MARCO AMIGOT JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:
- Sala con el mobiliario necesario.
- Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad.
- Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp.
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.
- Guía de acogida. Elaborada.
- Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones.
o Crear registro de actividades asistenciales:
- Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.
o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.
o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.
o Seguimiento de las Gammopatías Monoclonales. Realizado el protocolo.
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.
o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o Realización de:
- Base de datos: Elaboradas.
- Guía de acogida: Elaborada.
- Cuidados y recomendaciones: Elaborada.
o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos*.
o Número de llamadas telefónicas atendidas**: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos*.
o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día*.
o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)*.
*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.
**Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/366 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Nº de registro: 0366

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria. La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes.
El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado.
El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos.
La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:
o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectados de Gammapatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
o Mantenimientos de catéteres de vía central.
o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO
o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras
o Monitorización de adhesión al tratamiento
o Programación y planificación de la gestión de agendas
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

INDICADORES

- o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
- o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
- o número de llamadas telefónicas atendidas
- o número de demoras en los tratamientos programados
- o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

DURACIÓN

- o Cronograma:
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda
junio: puesta en marcha de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA LACALLE AICUA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MORENO PABLO
BUISAN CASBAS GEMMA
PARDIÑAS BARON BEATRIZ
CAMINO GUIU MARIA JESUS
CEBOLLERO MATA MARISA
ALBA ESTEBAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, hemos establecido un circuito intrahospitalario, para aquellos pacientes que tras haber iniciado un ACOD desde atención especializada, fueran remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y posteriormente realizar un seguimiento clínico y analítico.

Esta consulta se ha establecido en la primera planta del hospital San Jorge, junto a extracciones ("consulta de anticoagulación"), en la cual se atiende a los pacientes ambulatorios en el siguiente horario: De lunes a viernes de 12:00h a 14:15h*. Para ello hemos redactado una nueva hoja de consulta de canalización para el paciente anticoagulado, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

En esta consulta, se ha iniciado el registro de pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa, y se ha cumplimentado por parte de enfermería las fichas de seguimiento para estos pacientes, que se han redactado para este propósito*.

En esta consulta, enfermería especializada en anticoagulación, ha otorgado la educación sanitaria a cada uno de los pacientes, y se les ha dado información por escrito sobre el fármaco que han iniciado*.

Tras esta primera valoración, se ha dado continuidad a la consulta, citando a los pacientes a los 3 meses, posteriormente a los 6 meses y al año, de cara a realizar el seguimiento clínico y analítico, el recomendado para pacientes con este tipo de tratamiento anticoagulante. Para ello hemos creado una nueva agenda de trabajo. Tras realizar estas visitas, si no hay ningún incidente daremos de alta al paciente y recomendaremos seguimiento por atención primaria.

* Material realizado para el desarrollo del proyecto.

- Nueva hoja de consulta para pacientes anticoagulados. En su reverso aparece el horario de atención al paciente.
- Ficha de seguimiento para pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Eliquis.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Lixiana.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Xarelto.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Pradaxa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se exponen a continuación no son los que se indicaron expresamente como indicadores; esto se debe a que no ha transcurrido un año desde el inicio de la consulta, y además, nos encontramos pendientes de una actualización informática que nos permita obtener los datos estadísticos de forma fidedigna.

En total se ha atendido a un total de 50 pacientes:

Todos ellos (100%) han recibido educación sanitaria.

El 100% han realizado el seguimiento analítico y clínico, en los tiempos establecidos.

El 100% tienen una ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada.

De ellos:

- 21 pacientes (43%) con Eliquis.

De estos pacientes, el 42% tomaban previamente sintrom y el 58% lo habían iniciado de novo.

El 63% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 35% del S. de Hematología y el 2% del S. de cardiología.

- 17 pacientes (35%) con Xarelto:

De estos pacientes, el 72% tomaban previamente sintrom y el 28% lo han iniciado de novo.

El 1% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 59% del S. de Hematología y el 39% del S. de cardiología y 1% del S. de Medicina Interna.

- 7 pacientes (14%) con Pradaxa:

De estos pacientes, el 71% tomaban previamente sintrom y el 29% lo han iniciado de novo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

El 43% fueron remitidos desde el S. de Cardiología y el 57% del S. de Hematología.

- 5 pacientes (8%) con Lixiana:

De estos pacientes, el 80% tomaban previamente sintrom y el 20% lo han iniciado de novo.

El 20% fueron remitidos desde el S. de Cardiología, el 40% del S. de Hematología y el 40% del S. de Medicina Interna.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos este proyecto importante de cara a tener un control de los pacientes en tratamiento anticoagulante (tanto los AVK y los de acción directa), su adherencia al tratamiento y posibles efectos adversos.

Además, esto nos permitirá hacer un registro posterior de aquellos que han presentado complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas, y así poder ofrecer al paciente una mejor asistencia sanitaria y seguridad clínica.

Dado que este proyecto es ambicioso y precisa un manejo multidisciplinar entre todos los servicios que tratan pacientes anticoagulados, consideramos que debemos prorrogarlo un año y darlo a conocer de forma más exhaustiva, para conseguir una base de datos más amplia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1046 ===== ***

Nº de registro: 1046

Título

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

Autores:

LACALLE AICUA LAURA, SANCHEZ MORENO PABLO, CAMINO GUIU MARIA JESUS, CEBOLLERO MATA MARISA, PARDIÑAS BARON BEATRIZ, BUISAN CASBAS GEMA, FERNANDEZ RIVERO ELENA, ALBA ESTEBAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente anticoagulado.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los nuevos anticoagulantes (Pradaxa, Edoxaban, Rivaroxaban y Apixaban) son en la actualidad fármacos de primera elección en muchas ocasiones en los pacientes con fibrilación auricular. Si bien no precisan controles de INR (como es preciso en los antivitamina K), sí precisan controles clínicos y analíticos.

Hemos detectado que estos fármacos se inician frecuentemente desde Atención especializada, y que estos pacientes no reciben la adecuada información sobre el fármaco prescrito y lo que conlleva estar anticoagulado.

Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico y control de posibles complicaciones, y además estar a disposición del resto de especialidades para cualquier duda en el manejo de los pacientes anticoagulados.

Por ello deseamos crear una consulta médica y de enfermería para todos estos pacientes que inician estos fármacos desde hospitalización. Además, contamos con la ventaja de disponer ya de una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados. Hasta el momento se ha remitido a los pacientes que inician dicumarínicos, para ajuste y seguimiento del tratamiento. Consideramos que esta consulta, con enfermería ya capacitada, es una oportunidad para dar formación a los pacientes sobre el anticoagulante de acción directa que están tomando y aumentar así la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con ACODS y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODs.
5. Controlar eventos trombóticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados con ACODs.

MÉTODO

1. Establecer un circuito intrahospitalario y posteriormente con Atención primaria, para que aquellos pacientes que inician un ACOD desde atención especializada sean remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y realizar un seguimiento clínico y analítico.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de una hoja de consulta.
5. Esta consulta estará disponible todos los días de lunes a jueves de 12:30 h a 13:30 h y los viernes de 8:30h a 10:30h.
6. Tras esta primera valoración se citará a los pacientes en consultas externas de Hematología, previa extracción analítica.

INDICADORES

1. N° pacientes anticoagulados a los que se les ha realizado educación sanitaria / n° pacientes nuevos anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
2. N° pacientes con analítica anual realizada y valorada / n° pacientes anticoagulados nuevos con anticoagulantes de acción directa
3. N° de pacientes con ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada / n° pacientes anticoagulados
4. N° de pacientes que ya estaban previamente anticoagulados con ACODs y se han introducido en el circuito y se les ha realizado educación sanitaria.

DURACIÓN

Mayo y Junio de 2018: informar y elaborar el circuito con el resto de especialidades y redactar la documentación necesaria (volante de canalización, material informativo para el paciente, hoja de notificación de complicaciones).
Inicio en Junio del 2018 consulta de primera visita.
Valoración anual de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOKOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MARCO BETES VICTOR
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
BORREL RONCALES MERCEDES
MENENDEZ JANDULA BARBARA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
BERGUA AMORES CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

*Se realizó una revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
*Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Bioquímica y Nefrología) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.
*Elaboramos un protocolo de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI
*Enviamos el protocolo de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, asignación de código y publicación en la intranet del Sector de Huesca.
*Diseñamos una hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para la atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico, responsables de su elaboración Mercedes Borrel e Ilda Murillo.
*Enviamos la hoja de acogida de paciente a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, codificación y publicación en la intranet del Sector de Huesca.
*Iniciado diseño y escritura de protocolo de tratamiento y seguimiento de Mieloma Múltiple y GMSI, pendiente de finalizar.

Previsto presentación de los protocolos en sesión general del Hospital en marzo 28 de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaborado Protocolo clínico de Diagnóstico de Mieloma Múltiple y Gammopatias Monoclonales de Significado Incierto en el sector sanitario de Huesca y enviado a la Unidad de Calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.
-Elaborada hoja de acogida para pacientes con enfermedades hematológicas y enviada a Unidad de calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.
-En proceso de realización el Protocolo clínico de Tratamiento y seguimiento del mieloma múltiple y gammopatias monoclonales de significado incierto en el Sector Sanitario de Huesca, pendiente consensuar con Sº de Farmacia y de Nefrología, y enviarlo a Unidad de Calidad para su aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Se ha logrado consensuar con los diferentes servicios involucrados en cada una de las fases de atención al paciente afecto de Mieloma Múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto, especialmente en cuanto al diagnóstico, hemos culminado el protocolo, quedando pendiente finalizar el protocolo de tratamiento y seguimiento.

-De otra parte hemos avanzado en el fortalecimiento del papel de la Enfermera de Hematología en la atención integral a pacientes con MM, el cual consideramos fundamental como eje organizador de todos los procesos a los que se enfrenta el paciente.

-Finalmente queremos resaltar que este proyecto es largo y complejo, consideramos que precisa por lo menos dos años para su ejecución, puesta en marcha y evaluación por lo tanto proponemos continuar en el año 2019 como parte II.

7. OBSERVACIONES.

Algunos miembros del equipo de mejora se modificaran producto de la movilidad por las oposiciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1084 ===== ***

Nº de registro: 1084

Título
PROTOKOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:

MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MARCO BETES VICTOR, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, BORREL RONCALES MERCEDES, MENENDEZ JANDULA BARBARA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Mieloma Múltiple (MM) y las gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI), son hemopatías de baja frecuencia, muy heterogéneas y cuyo manejo es de gran complejidad; especialmente el manejo de los pacientes con un MM sintomático, patología incurable en el momento actual y que conlleva una morbilidad importante. En los últimos años ha habido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento del MM; respecto al diagnóstico, el avance en las pruebas de imagen disponible para detectar afectación ósea o extramedular precisan una adecuada definición de su papel, y los avances en cuanto a las técnicas disponibles para medir la respuesta obtenida con el tratamiento (EMR). Respecto al tratamiento también hay novedades, básicamente por el desarrollo de nuevos fármacos, de tal forma que hoy día contamos con diferentes fármacos y combinaciones de estos que hace difícil la elección de uno u otro. Por todo lo anterior, consideramos muy importante contar con una guía de manejo de estos pacientes, que de un lado permita disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantice una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental es protocolizar, mediante una guía multidisciplinar, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto. En primer lugar, se pretende facilitar la realización de todas las pruebas necesarias para el correcto diagnóstico de los pacientes con sospecha de gammapatía monoclonal, centralizado en un profesional de enfermería responsable de coordinar la realización de dichas pruebas; estos pacientes pueden llegar al servicio de Hematología derivados desde otras especialidades (Medicina Interna, Traumatología, Nefrología, Reumatología, etc), desde Atención Primaria o desde el laboratorio de Bioquímica, por un sistema de captación precoz bien, porque se detecte un proteinograma alterado, unos niveles de proteínas totales séricas elevadas o un descenso global de inmunoglobulinas. En segundo lugar, pretendemos definir claramente los protocolos de tratamiento a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes. Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos.

MÉTODO

-Documentación: revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
-Reuniones multidisciplinarias (Hematología, Farmacia, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.
-Definir procesos para valoración de pacientes que precisen soporte de otras especialidades (Nefrología, Traumatología, Unidad del Dolor, etc)
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

INDICADORES

-Elaboración de la guía de Mieloma Múltiple y GMSI:
Indicador: Elaborada SI o NO.
-Elaboración de hoja de acogida para pacientes con diagnóstico de gammapatía monoclonal y/o mieloma múltiple:
Indicador: Elaborada SI o NO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

DURACIÓN

- Mayo a Julio de 2018: documentación en relación con diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectos de MM y GMSI.
- Septiembre a Octubre 2018: Reuniones de consenso.
- Noviembre a Diciembre 2018: 1. Elaboración de la guía y presentación ante comité correspondiente para su aprobación y publicación en la intranet del sector de Huesca. 2. Diseño de hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para su atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico.
- Diciembre de 2018: 1. Presentación de la guía a todo el personal, tanto personal técnico de laboratorio, de enfermería y facultativos) de los servicios implicados en su elaboración (Hematología, Bioquímica y Farmacia). 2. Difusión de la guía y hoja de acogida entre pacientes afectos de mieloma múltiple o gammapatía monoclonal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0150

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MARCO BETES VICTOR
BORREL RONCALES MERCEDES
BERGUA AMORES CARLOS
LLIMINANA ORDAS CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Revisión de la bibliografía específica sobre tratamiento y seguimiento de estos pacientes: realizada por parte de todos los miembros del equipo de forma continua durante todo el año.

-28 Marzo /19: Sesión clínica general en el Hospital San Jorge donde se presentó la guía de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI elaborada en el año 2018 (proyecto de calidad 1084/2018)

REUNIONES MULTIDISCIPLINARES (HEMATOLOGÍA, FARMACIA, NEFROLOGÍA, BIOQUÍMICA):

-Reuniones mensuales (marzo, abril, mayo, junio, septiembre, octubre) de facultativos del grupo de mejora de los Servicios de Hematología y Bioquímica y Enfermera de consulta de Hematología para seguimiento de la guía de diagnóstico: detección de nuevos casos de GMSI y MM.

-Junio 2019: Reuniones del grupo de mejora para definir tratamiento del fracaso renal agudo con especial participación del Servicio de Nefrología.

-Mayo y Junio 2019: -Reuniones de FEA de Hematología con FEA de Farmacia: donde se definieron los protocolos terapéuticos a emplear que se especifican en la guía y se planea la creación de dichos protocolos en el programa ONCOFARM que se describen a continuación:

1. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento de 2ª y sucesivas líneas: Daratumumab + Bortezomib + Dexametasona (DVD) y Daratumumab + Lenalidomida + Dexametasona (DRD): mayo de 2019
2. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento de 1ª línea en pacientes candidatos a trasplante: Daratumumab + Bortezomib + Melfalan + Prednisona: Octubre de 2019.
3. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento: Bortezomib + Ciclofosfamida + Dexametasona (CyBorDex): noviembre de 2019

4. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento de 1ª línea en pacientes no candidatos a trasplante: Bortezomib + Lenalidomida + Dexametasona Lite (VRD lite): Noviembre de 2019

5. Elaboración de la guía de tratamiento y seguimiento del MM y GMSI del Sector Huesca: Octubre a Diciembre 2019

6. Envío de la guía a la unidad de Calidad del Sector: Enero de 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaboración del protocolo o guía multidisciplinar de manejo del Mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto, tratamiento y seguimiento:

1. Tratamiento de primera línea en paciente candidato a trasplante de progenitores hematopoyéticos: Realizado
2. Tratamiento de primera línea en paciente NO candidato a trasplante de progenitores hematopoyéticos: Realizado
3. Tratamiento de las recaídas, 2ª y sucesivas líneas de tratamiento en paciente candidato o no a trasplante: Realizado
4. Tratamiento de la insuficiencia renal aguda secundaria a riñón del mieloma: Realizado.
5. Presentación de la guía en la Unidad de Calidad: Enviada

- Evaluación de primer año de implementación del Protocolo de Diagnóstico de MM y GMSI, año 2019:

* Número de estudios ampliados desde el laboratorio con sospecha de GM: Cuarenta y dos (42)

*Porcentaje de Gammapatia monoclonal (GM) confirmada con inmunofijación: 70%

-De los 42 estudios ampliados, en 29 casos (70%) se confirma la presencia de una Gammapatía monoclonal y en 13 (30%) no se detecta componente monoclonal (CM)

-De los 29 casos de GM confirmada, en 4 (14%) se confirma enfermedad sintomática que precisan iniciar tratamiento: 2 pacientes con MM IgG kappa, 1 pcte con MM IgA lambda y 1 pcte con MM IgG Lambda con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0150

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

amiloidosis cardíaca). El resto de casos corresponde a diagnóstico de GMSI (n=25; 86%)

Descripción de los cuatro casos sintomáticos:

- Paciente que en analítica de urgencias se detecta proteínas totales de 9 g/dL, se amplía estudio con proteinograma, inmunofijación e inmunoglobulinas, se confirma diagnóstico, se avisa al paciente y se cita directamente en consulta de Hematología para completar estudio (radiología, estudio medular, etc).
- Paciente ingresada en Sº de MI, proteinograma con pico monoclonal, se amplió estudio con inmunoglobulinas e inmunofijación, se confirma diagnóstico y se notifica a Sº responsable, se realiza estudio medular durante ingreso y seguimiento en consulta externa.
- Paciente que en analítica solicitada por Sº de Cardiología se detecta CM, se añade inmunofijación e inmunoglobulinas, se confirma la presencia de una GM, Cardiología deriva para descartar Amiloidosis.
- Paciente a quien desde consulta de MI le solicitan proteinograma, ante hallazgo de CM, se amplía estudio con inmunofijación, inmunoglobulinas y cadenas ligeras en suero confirmando diagnóstico de mieloma múltiple, se cita paciente en consulta de Hematología para completar estudio.

*Porcentaje de nuevos casos de Mieloma Múltiple sintomático detectados gracias a la implantación del protocolo de diagnóstico: 100%

Esto quiere decir que durante el año 2019, en el sector de Huesca se diagnosticaron 4 nuevos casos de Mieloma Múltiple sintomático y TODOS fueron captados a través de la implementación de la guía de diagnóstico existente.

*Porcentaje de utilización de perfiles de pruebas de diagnóstico en pacientes con sospecha de gammopatía monoclonal: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha logrado estandarizar las pruebas diagnósticas necesarias en los pacientes con sospecha de gammopatía monoclonal.
- El trabajo interdisciplinario ha sido muy interesante y enriquecedor.
- La elaboración de protocolos de tratamiento en ONCOFARM facilita la prescripción de los tratamientos y minimiza la posibilidad de errores.
- Se ha logrado captar y diagnosticar de forma rápida pacientes con hemopatía que precisaban tratamiento y que otra forma es posible que se hubiese retrasado diagnóstico hasta que presentara complicaciones o manifestaciones graves de su enfermedad.
- Como punto negativo, aunque la guía ayudará en la toma de decisión del tratamiento de estos pacientes, sigue siendo necesario realizar la solicitud de tratamiento individualizado ante comité autonómico del medicamento, así se trate de medicamentos con indicación en ficha técnica y aprobación por la agencia española del medicamento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/150 ===== ***

Nº de registro: 0150

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA . 2019

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MARCO BETES VICTOR, BORREL RONCALES MERCEDES, BERGUA AMORES CARLOS, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0150

1. TÍTULO

PROTOKOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año 2018 iniciamos el desarrollo de éste proyecto con el "Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Mieloma Múltiple (MM) y Gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI)" con importantes avances, logrando elaborar protocolo de diagnóstico y guía de acogida para pacientes, durante este año, la propuesta es, dando continuidad al proyecto anterior, elaborar el protocolo de tratamiento y seguimiento de estas patologías con un equipo interdisciplinar. Aunque son muchos los especialistas que en un momento dado pueden estar involucrados en el manejo de estos pacientes, este protocolo incluirá, especialmente los Servicios de Nefrología y Farmacia.
Contar con una guía de manejo de estos pacientes, de un lado permitirá disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantizar una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental es culminar la elaboración del protocolo o guía multidisciplinar de manejo del MM, enfocado ya en el tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto.
Pretendemos definir claramente los tratamientos a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes.
También pretendemos con este proyecto definir las recomendaciones del tratamiento agudo del paciente con MM que debuta con fracaso renal agudo, hecho que implica un peor pronóstico y una mayor morbilidad para el paciente, en este sentido la coordinación con el Sº de Nefrología es fundamental dado que estos pacientes pueden requerir terapia sustitutiva renal específica con filtros de alto cutt off (Theralite) para la prevención del daño renal irreversible.
Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos.
De otra parte, pretendemos evaluar la aplicación del protocolo diagnóstico realizado en 2018 y que ha empezado a ponerse en práctica este año.

MÉTODO

-Revisión de la bibliografía específica sobre tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
-Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Nefrología, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia terapéutica a adoptar.
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

INDICADORES

-Elaboración de la guía de tratamiento y seguimiento Mieloma Múltiple y GMSI: Indicador: Elaborada SI o NO.
-Evaluación de indicadores de evaluación del protocolo de diagnóstico de MM y GMSI.

DURACIÓN

-Marzo a Julio de 2019: Reuniones de consenso. Presentación de la guía de diagnóstico en Sesión general del Hospital San Jorge.
-Septiembre a Octubre 2019: Elaboración de la guía de tratamiento y seguimiento y presentación ante Unidad de Calidad .
-Noviembre - Diciembre 2019: Evaluación de aplicación de guía de diagnóstico de MM.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0318

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE VICTOR MARCO BETES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MURILLO FLOREZ ILDA
LACALLE AICUA LAURA
LEZA BRUIS DIANA
AMADOR RODRIGUEZ PILAR
TORRES SOPENA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Descripción de microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematólogo año 2018 y 2019. Valoración de hemocultivos positivos informados. Tras reunión con Servicio de Microbiología en Enero 2020. Datos recogidos en Tabla excel 1.
2. Resumen del consumo de antibióticos en Hematología años 2017-2018-2019. Tras reunión con Servicio de Farmacia en Enero 2020. Datos recogidos en Tabla excel 2.
3. Realización de protocolo de diagnóstico y manejo del paciente hematólogo con neutropenia febril en Urgencias y Hospitalización y Aceptación del protocolo por la Comisión de Infecciones en el año 2019. Tras reuniones realizadas los días 24/09/2019, 26/11/2019 y 17/Dic/2019. Material: Protocolos enviados a Calidad en Diciembre 2019.
4. Comprobación de porcentaje de pacientes en los que se ha desescalado antibiótico desde marzo 2019. Tras valoración de los pacientes hematólogos ingresados con Neutropenia febril durante el años 2019. Datos recogidos en Tabla excel 3.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Tabla Excel 1. Los datos hacen referencia a los microorganismos aislados en sangre en pacientes hematólogos tanto con neutropenia como sin neutropenia. Hemos recogido los datos del año 2018 y 2019, para intentar que la muestra sea mayor. A partir de aquí, veremos cómo puede influir en un futuro el protocolo realizado en relación a los gérmenes aislados.
-Año 2018: De 61 muestras de sangre enviadas a microbiología en 12 muestras (el 20%) se demuestra germen en los dos hemocultivos realizados: 7 pertenecen a Gram positivos y 5 a Gram negativos. No se detectaron organismos resistentes.
-Año 2019: de 79 muestras de sangre enviadas a microbiología en 10 muestras (el 13%) se demuestra germen en los dos hemocultivos realizados: 4 pertenecen a Gram positivos y 6 a Gram negativos (de estos 3 son BLEE, productores de Beta-lactamasas de espectro extendido y, pertenecen al mismo paciente).
Hace unos años, predominaban los Gram positivos sobre los Gram negativos. Actualmente esta tendencia se está igualando, al aumentar los gram negativos y los gérmenes resistentes (p.e BLEE). Aunque nuestros datos son muy pequeños, será interesante conocer la evolución de nuestra epidemiología en los pacientes hematólogos para poder diseñar pautas de tratamiento más adecuadas a nuestra epidemiología.
-Desde el Servicio de Microbiología se me confirma que el 100% de los hemocultivos están informados. Tienen disponible los datos si se cree necesario.
2. Tabla Excel 2. El mayor consumo de ATB en 2017 coincide con el diagnóstico (algo excepcional) de una mucormicosis que conlleva un alto gasto de tratamiento antifúngico. Dada la incipiente introducción del protocolo, a fecha de hoy no podemos sacar conclusiones en relación al consumo de antibióticos, dado que influyen muchos factores que pueden interferir en los resultados. Uno de los objetivos a más largo plazo será valorar el consumo de antibióticos tras la implantación del protocolo. .
3. Protocolos realizados. En diciembre 2019 se aceptan de forma definitiva los dos protocolos por la Comisión de infecciones y se remite a Comisión de Calidad para su aprobación. Son unos protocolos realizados en función de nivel de evidencia de las guías nacionales e internacionales y adaptado a las características estructurales y epidemiológicas de nuestro Hospital.
4. Tabla Excel 3. Durante todo el año 2019 se ha recogido datos del tipo de infecciones de los pacientes hematólogos con neutropenia y se ha valorado el manejo con antibióticos (duración de antibioterapia, desescalado..) y la mortalidad relacionada con la infección.
En el año 2019, de los 22 episodios de infección recogidos en pacientes con neutropenia, se ha desescalado antibiótico en 12 episodios (54%). En los episodios en los que se ha realizado desescalado de antibiótico la duración de la neutropenia es claramente inferior a la de los episodios en los que no se ha desescalado y el número de antibióticos empleados en tratar la infección también es inferior. El objetivo a largo plazo es ver si aplicando correctamente los protocolos elaborados mejoramos el desescalado de antibióticos también en pacientes con neutropenia de larga duración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la elaboración de los protocolos podremos ver cómo pueden influir en cuanto al correcto diagnóstico de los procesos infecciosos y a su manejo adecuado y como puede repercutir a nivel económico en el consumo de antibióticos y en las resistencias antimicrobianas.
Creemos que con los protocolos estarán mejor valorados y tratados nuestros pacientes y disminuirá la presión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0318

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

antibiótica con lo que ello supone de mejora a nivel económico y de menores resistencias de gérmenes.

7. OBSERVACIONES.

Tengo a vuestra disposición las Tablas Excel 1, 2 y 3. Así como los protocolos elaborados (que ya remití a Calidad). Desconozco si hay alguna forma para poder adjuntarlos a esta memoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/318 ===== ***

Nº de registro: 0318

Título
PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

Autores:
MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MURILLO FLOREZ ILDA, LACALLE AICUA LAURA, LEZA BRUIS DIANA, AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MILLAN ACERO ANA ROSA, TORRES SOPENA LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El riesgo y el tipo de infecciones en el paciente hematológico está cambiando y cada vez se hace más complicado su manejo, de tal forma que las infecciones en estos pacientes constituyen una de las principales causas de muerte. Esto es debido a: la introducción de protocolos de quimioterapia más intensivos que originan neutropenias más profundas y duraderas, que dañan severamente las mucosas de los pacientes y que precisan para su administración catéteres venosos centrales con la consiguiente rotura de barreras defensivas; al aumento de nuevos tipos de Alo-TPH de médula ósea, que conllevan mayor riesgo de complicación infecciosa y de microorganismos oportunistas; al amplio uso de anticuerpos monoclonales y de otros agentes biológicos que alteran la inmunidad del paciente; la mayor edad del paciente y al aumento de sus comorbilidades y al aumento de microorganismos multirresistentes debido principalmente al uso inadecuado de antibióticos
Es importante que los facultativos que atendemos este tipo de pacientes sepamos realizar un correcto diagnóstico de la infección y un manejo adecuado del tratamiento
La intención de este protocolo es revisar la información y nivel de evidencia existente en las diferentes guías de consenso internacionales y nacionales sobre el paciente hematológico con neutropenia febril y realizar una serie de recomendaciones y normas de manejo que nos sirvan para tratar adecuadamente estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir aprobación del protocolo referido. Los pacientes o población diana a los que se dirige este proyecto es a todos los pacientes hematológicos con neutropenia que presenten un cuadro febril y que acudan al Servicio de Urgencias o que estén en Hospitalización de nuestro Hospital. Los Servicios implicados en este proyecto son todos aquellos que contribuyan de alguna medida en el diagnóstico o tratamiento de estos pacientes (los Servicios de Hematología, Urgencias, Microbiología y Farmacia)

MÉTODO

Realización de protocolo de diagnóstico y manejo del paciente hematológico con neutropenia febril en función de nivel de evidencia de las guías nacionales e internacionales y adaptado a las características estructurales y epidemiológicas de nuestro Hospital.
Consensuar dicho protocolo con los Servicios de Hematología y Urgencias y conseguir la aprobación del mismo por la Comisión de Infecciones.
Realizar reuniones multidisciplinares para valorar cumplimiento de indicadores marcados.

INDICADORES

Descripción microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematológico año 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0318

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

Consumo de antibióticos en Hematología años 2017-2018
Hemocultivos positivos informados igual o superior al 80% año 2018
Aceptación del protocolo por la Comisión de Infecciones en el año 2019
Comprobación de porcentaje de pacientes en los que se ha desescalado antibiótico desde marzo 2019

DURACIÓN
Marzo-2019: Recogida microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematológico en año 2018. Inicio recogida de datos de tratamientos antibióticos desescalados en pacientes hematológicos.
Abril-2019: Elaboración de protocolo.
Junio-2019: Presentación del protocolo ante la Comisión de Infecciones para valorar su aprobación.
Septiembre-2019: Realizar las modificaciones oportunas del protocolo tras revisión por la Comisión de Infecciones para que pueda ser aprobado.
Octubre-2019: Publicación del protocolo en la intranet del Sector de Huesca.
Noviembre-diciembre 2019: reuniones multidisciplinares con los Servicios para valoración de los indicadores marcados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0698

1. TÍTULO

REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA LACALLE AICUA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ RUBIO PABLO
TALAL EL-ABUR ISSA
CASTILLO JEREZ MARCELA
MUÑOZ MANUEL
CAMINO GUIU MARIA JESUS
CEBOLLERO MATA MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los anticoagulantes orales de acción directa (Pradaxa, Edoxaban, Rivaroxaban y Apixaban) son en la actualidad una de las opciones terapéuticas en cuestión de anticoagulación, principalmente para los pacientes afectados de fibrilación auricular, pero también aquellos que padecen enfermedad tromboembólica.

Si bien estos fármacos no precisan controles de INR (como es preciso en los anti-vitamina K), ni en general ajustes de dosis a corto plazo, sí precisan controles clínicos y analíticos.

El S. de Hematología y Hemoterapia del Hospital San Jorge de Huesca, posee desde hace años una consulta especializada en hemostasia, con enfermería especializada, cuya intención es realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados en el Sector Huesca e implementar un circuito de derivación y seguimiento.

Gracias al programa informático instalado en septiembre del 2019 (GOTA®), hemos podido comenzar el registro de todos aquellos pacientes que se encuentran anticoagulados, independientemente del fármaco que tengan prescrito. Gracias a este registro, hemos dado comienzo al seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico y control de las posibles complicaciones que pudieran aparecer (eventos trombóticos y/o hemorrágicos).

Para ello, ha sido por otro lado imprescindible generar una nueva agenda de trabajo (Hematología alta resolución), en aras de estar a disposición del resto de especialidades del hospital y dar soporte a estos pacientes de cara al manejo de los procedimientos quirúrgicos.

Por tanto, a día de hoy, el hospital San Jorge dispone de una consulta especializada en anticoagulación asociada a una nueva agenda de trabajo (que permite la informatización de todo el trabajo realizado), que pretende dar servicio al resto de especialidades médico-quirúrgicas y a todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca (tanto con dicumarínicos como anticoagulantes de acción directa).

Los pacientes que inician el tratamiento anticoagulante reciben información tanto verbal como por escrito del fármaco que toman, las posibles interacciones farmacológicas, la dosis y la forma de la toma, el posible riesgo hemorrágico y los signos de alarma a los que se debe prestar atención.

Posteriormente, todos ellos reciben una cita de seguimiento, en la que se realiza una entrevista clínica y una nueva extracción analítica.

Consideramos que esta consulta, es una oportunidad para dar formación a los pacientes sobre el anticoagulante de acción directa y aumentar así la adherencia al tratamiento, pero también nos permite a los facultativos controlar las posibles complicaciones de estos pacientes y sobre todo aumentar la seguridad clínica.

* Material realizado para el desarrollo del proyecto.

- Hoja de trabajo para enfermería para el seguimiento para pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
- Hoja de consulta específica para pacientes anticoagulados.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Eliquis.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Lixiana.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Xarelto.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Pradaxa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La intención del proyecto ha sido establecer de forma intrahospitalaria un circuito para que de forma multidisciplinar pudiéramos tener un control adecuado de todos los pacientes anticoagulados. Por este motivo consideramos importante el trabajo que se ha llevado a cabo durante estos meses, en aras de organizar y establecer el circuito de derivación.

Los resultados que se exponen a continuación son los resultados estadísticos obtenidos tras la informatización (GOTA®) y registro de los pacientes (septiembre 2019).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0698

1. TÍTULO

REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Todos los pacientes valorados en la consulta han recibido educación sanitaria por parte de enfermería y se ha realizado un seguimiento tanto clínico como analítico según los tiempos establecidos. Todos los pacientes se encuentran registrados y se ha cumplimentado la ficha de recogida de datos correctamente.

El número de pacientes que han iniciado tratamiento anticoagulante oral en el Hospital San Jorge (desde la fecha previamente indicada) y se han registrado en nuestra consulta ha sido de 91. De todos ellos han iniciado tratamiento con anticoagulante de acción directa un total de 26 pacientes.

De los pacientes que han iniciado tratamiento anticoagulante de acción directa, 16 de ellos previamente se encontraban en tratamiento con Acenocumarol.

1. N° pacientes anticoagulados de novo con AVK/ n° total de pacientes anticoagulados de novo. 65/91 (71%)
2. N° pacientes anticoagulados de novo con ACOD/ n° total de pacientes anticoagulados de novo. 26/91 (29%)
3. N° de pacientes anticoagulados de novo con ACOD que han precisado cambio de tratamiento anticoagulante/ n° total de pacientes anticoagulados de novo. 16/26 (61%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos imprescindible el trabajo que se realiza en la consulta de hemostasia del servicio de Hematología, dado que es necesario que haya un lugar de referencia a donde tanto facultativos como pacientes puedan dirigirse para cualquier consulta en anticoagulación.

Es evidente que los anticoagulantes de acción directa son una opción terapéutica eficaz en indicación y presente en la actualidad, y que se maneja en el día a día desde cualquier servicio hospitalario.

Por ello, considero que como facultativos de hematología tenemos la obligación de implementar un circuito multidisciplinar de cara a ofrecer nuestro conocimiento y nuestro apoyo al resto de facultativos en temas referentes (entre otros) a la hemostasia y en especial aquellos temas en relación con los pacientes anticoagulados, que en general son pacientes frágiles y complicados.

Por ello, hemos conseguido iniciar e introducir en nuestra rutina de trabajo diaria la atención a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes de acción directa y hemos conseguido darle continuidad al proyecto que considerábamos imprescindible y de vital importancia para asegurar una asistencia correcta a todos estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/698 ===== ***

Nº de registro: 0698

Título
REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
LACALLE AICUA LAURA, SANCHEZ MORENO PABLO, TALAL EL-ABUR ISSA, CASTILLO JEREZ MARCELA, MUÑOZ MANUEL, CAMINO GUIU MARIA JESUS, CEBOLLERO MATA MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anticoagulación
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es un hecho que la población de pacientes anticoagulados es cada vez mayor y en muchas ocasiones se trata de pacientes pluripatológicos que deben ser atendidos por diversas complicaciones en cualquier servicio hospitalario.

Consideramos que es imprescindible crear un registro de todos estos pacientes de cara a seguimiento clínico y sobre todo de cara a poder recibir tratamiento adecuado en complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0698

1. TÍTULO

REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes anticoagulados hospitalizados o ambulatorios (con cualquier anticoagulante oral o parenteral) para valorar el cumplimiento terapéutico y el control de posibles complicaciones.

Ya contamos con la ventaja de disponer una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados y dispuesta al resto de especialidades para atender cualquier cuestión en el manejo de los pacientes anticoagulados, en aras de conseguir mayor seguridad clínica para estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.
3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con AVK y ACOD y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODs.
5. Controlar eventos tromboticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados.

MÉTODO

1. Establecer mediante un protocolo de derivación, un circuito intrahospitalario, para que aquellos pacientes que inician un anticoagulante oral, o precisen cualquier tipo de seguimiento (clínico, analítico o terapia puente...) sean fácilmente remitidos al Servicio de Hematología.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de la nueva hoja de consulta.

INDICADORES

1. N° pacientes anticoagulados de novo con AVK/ n° total de pacientes anticoagulados de novo.
2. N° pacientes anticoagulados de novo con ACOD/ n° total de pacientes anticoagulados de novo.
3. N° de pacientes anticoagulados de novo que han precisado cambio de tratamiento anticoagulante/ n° total de pacientes anticoagulados de novo.

DURACIÓN

En marzo del 2019 entrega del protocolo de derivación del paciente anticoagulado.
Una vez aceptado por la comisión de Calidad, implementar todo el material redactado para este propósito y facilitarlo al resto de facultativos.
En abril del 2019 abrir una agenda de trabajo para la consulta de anticoagulación.
En mayo del 2019 inicio de citación de pacientes.

OBSERVACIONES

Los registros previamente expuestos se podrán realizar si se implementa el sistema informático adecuado para dicho propósito (ya aprobado y pendiente de instalar).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1373

1. TÍTULO

ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 21/02/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA SECORUN PACO
· Profesión TEL
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARBAJOSA RODRIGUEZ CINTA
SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA
MARTINEZ LOPEZ MARIA CONCEPCION
GONZALEZ RIOS ISABEL
LOPE ANDREU LAURA
GUISERIS ANDRES SUSANA
ALBA ANDRES MARIA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REALIZA UNA PRIMERA REUNION EL 8 DE ABRIL PARA COMUNICAR EL OBJETIVO A TODO LOS TEL DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMATOLOGOS. SE REALIZA UN PLANING CON CRONOGRAMA A SEGUIR Y OBJETIVOS A ALCANZAR. SE FIJA LA SIGUIENTE REUNION PARA EL DIA 26 DE ABRIL.

EN LA SIGUIENTE REUNION, SE REALIZA UN BORRADOR IN SITU, ELABORADO POR TODOS LOS TEL Y HEMATOLOGOS PRESENTES, CON LAS PRINCIPALES TAREAS DEL TEL DE LA SECCION.

EN TODAS LAS REUNIONES SE REALIZA ACTA Y SE REGISTRA LA ASISTENCIA.

SE FIJA REUNION PARA EL DIA 21 DE MAYO PARA CONCRETAR TAREAS FINALES Y APORTAR NUEVAS ACCIONES.

REUNION DEL 21 DE MAYO 2019, SURGEN NUEVAS ACCIONES, SE CORRIGEN Y ELIMINAN TAREAS.

SE FIJA REUNION PARA EL 11 DE JUNIO.

11 DE JUNIO 2019, SE PRESENTAN LOS BORRADORES DEFINITIVOS, YA CORREGIDOS POR LOS HEMATOLOGOS, SE DETERMINA LA ELABORACION DE UN DOCUMENTO PARA UBICAR EN CADA SECCION:

-HEMOGRAMAS Y VELOCIDADES DE SEDIMENTACION

-COAGULACION CON LAS PRUEBAS BASICAS,

-BANCO DE SANGRE CON LA RUTINA DIARIA

SE FIJA LA PRESENTACION PARA EL 18 DE SEPTIEMBRE

REUNION FINAL EL 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2019, SE FIJAN LOS SITIOS EXACTOS DONDE SE VAN A UBICAR LOS PROCEDIMIENTOS

ESCRITOS EN PAPEL:

SECCION DE HEMOGRAMAS Y VSG

SECCION DE COAGULACION

SECCION DE BANCO DE SANGRE

SE CREA UNA CARPETA EN LOS ORDENADORES DE LAS SECCIONES PARA PODER CONSULTAR.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EN OCTUBRE CON LA INCORPORACION DE NUEVOS TEL POR INCIDENCIAS DE BAJAS POR ENFERMEDAD SE LES PROPORCIONAN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN LAS DIFERENTES SECCIONES.

LA AYUDA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO LA CALIFICAN DE MUY BUENA, PUES LOS PROCEDIMIENTOS SON CLAROS, ESCUETOS Y PRACTICOS.

SE PASA LA ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS TEL DE NUEVA INCORPORACION QUE SE ADJUNTA EN EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LOS TEL NUEVOS TAMBIEN APORTAN Matices IMPORTANTES QUE SE DOCUMENTARAN EN LA REVISION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO ESTE AÑO 2020, CUANDO ADEMÁS ESTEMOS UBICADOS EN EL NUEVO LABORATORIO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1373 ===== ***

Nº de registro: 1373

Título
ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SECORUN PACO CRISTINA, CARBAJOSA RODRIGUEZ CINTA, SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA, MARTINEZ LOPEZ MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RIOS ISABEL, LOPE ANDREU LAURA, GUISERIS ANDRES SUSANA, ALBA ANDRES MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1373

1. TÍTULO

ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de hematología y hemoterapia del Hospital SanJorge, no hay procedimientos de trabajo de las distintas secciones, cuando debido a incidencias, bajas por enfermedad, sustituciones de verano, renuncias por mejora de empleo, etc, viene un T.E.L. nuevo, se tiene que reforzar en su aprendizaje con notas que son dependientes del T.E.L. que le explica el puesto de trabajo, lo cual puede llevar errores en la percepción de la información.

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de un procedimiento de trabajo para las secciones de hemogramas y V.S.G, coagulación y Banco de Sangre. Los T.E.L. de nueva incorporación deben tener un soporte, bien en papel o en el ordenador en una carpeta, en el cual se puedan apoyar para resolver dudas y les sirva de guía en el aprendizaje.

MÉTODO

El T.E.L. responsable de la sección elaborara un borrador describiendo sus tareas diarias, mantenimientos de los aparatos, reactivos de uso, localización de reactivos, introducción de datos en el SIL, se pasara a el resto de T.E.L. para que apunte sugerencias, nuevas acciones, etc. Se consensuarán entre todos los T.E.L. del servicio de hematología y finalmente serán evaluados por los hematólogos y será aprobado por el jefe de servicio.

INDICADORES

Al finalizar el año:
El 90 % del personal T.E.L. deberá haber asistido al 80% de las reuniones de puesta en común de los procedimientos.
Elaboración mínima 2 procedimientos de trabajo.
Se elaborará una encuesta de satisfacción para los T.E.L. de nueva incorporación.

DURACIÓN

De mayo a Junio, elaboración de borradores de cada sección.
Julio, Agosto y Septiembre repaso de los borradores por los diferentes T.E.L.
Octubre, 2 reuniones una para puesta en común y otra para conclusiones. Elaboración de la encuesta.
Noviembre, lectura y aprobación o modificación por parte de los hematólogos.
Diciembre, aprobación e impresión en papel de los procedimientos y colocación en los distintos puestos de trabajo en una carpeta accesible en el ordenador de cada sección.
De Enero a Julio del 2020, encuesta de satisfacción de los T.E.L. de nueva incorporación.
Agosto 2020 conclusiones y valoración de la encuesta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0306

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA FORTUÑO MORANTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALLEN SALVATIERRA MONICA
MALON MARCO AMAYA
SANCHEZ LANUZA MAR
LAIRLA MORLANS LORENZO
LIESA PELAY LORENA
ANORO CASBAS MARIA JOSE
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El periodo comprendido entre septiembre y noviembre de 2019, se elaboró una base de datos, para ello, fueron necesarias varias reuniones del personal implicado en este proyecto.

Se recogieron datos de forma retrospectiva de 35 historias clínicas de todos los pacientes fallecidos en la unidad durante el periodo comprendido entre 12-febrero y 12 de junio de 2019, valorando la situación terminal a los 5 y 3 días previos al exitus.

Las variables utilizadas fueron las siguientes. Tratamiento médico, donde se incluyó la administración de antibioterapia, sueroterapia, heparina subcutánea, quimioterapia, nutrición parenteral, diálisis, transfusión sanguínea y otros tratamientos médicos. Realización de pruebas complementarias, donde se tuvo en cuenta la realización de analíticas sanguíneas, TAC, radiografías, Ecografías y gastroscopias. Técnicas y cuidados de enfermería, recogiendo las siguientes, oxigenoterapia, realización de curas, cambios posturales, aspiración de secreciones, realización de sondajes, toma de constantes vitales y disposición de habitación individual. La última variable recogida fue la existencia o no de sedación y en su caso cuando fue iniciada y la dosis de esta.

El mes de diciembre de 2019, se procedió a la revisión del protocolo de manejo de cuidados paliativos en los últimos días de vida: Atención en la agonía. Como documento de referencia, se utilizó la Guía de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

En enero de 2020 se llevó a cabo una sesión clínica informativa para dar a conocer la situación existente de los cuidados paliativos en el final de la vida en nuestra unidad, ya que esta dista bastante de lo que se conoce como cuidados de calidad, donde el bienestar y confort tanto del paciente como de su familia han de ser el objetivo principal. Se invitó a su asistencia tanto al personal de enfermería de la unidad como al equipo médico, incluyendo a Cardiólogos, Neurólogos, Oncólogos, Internistas, Nefrólogos y neumólogos. La sesión clínica, fue impartida por Lorenzo Lairla. Tuvo una duración de 30 min aproximadamente y como herramientas de trabajo se utilizó una presentación Power point.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Llevar a cabo unas actividades asistenciales de calidad en aquellos pacientes que se encuentren en fase terminal de la vida, aumentando así su confort y bienestar.
- Mejorar el gasto sanitario, reduciendo las intervenciones terapéuticas y diagnósticas innecesarias.
- Actualización del protocolo del paciente terminal existente en la unidad.

Tras la realización del análisis estadístico de las variables demográficas utilizadas para la elaboración de la base de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

En lo referido al tratamiento administrado en la fase terminal del paciente, observamos que el 23% de la población estudiada recibe un antibiótico a los cinco días de su fallecimiento, este porcentaje se ve aumentado a los 3 días previos a su fallecimiento con un 31%. En lo referente a la administración de Heparina SC El 43% de los estudiados la recibe tanto en los 5 como a los 3 días previos al exitus. Otro dato destacable es que el 57% y el 9% de la población reciben Sueroterapia endovenosa y transfusión sanguínea respectivamente en los tres días previos al fallecimiento.

En lo referente a la realización de pruebas complementarias, el dato más destacable es la elaboración de analítica sanguínea ya que el resultado a los 5 días es del 23% viéndose este aumentado notablemente a los 3 días previos al fallecimiento con un 60%. En segundo lugar, quedan la realización de Rx y TAC con un 34% y 14% respectivamente en los 3 días previos.

El bienestar y confort del paciente es nuestro objetivo. Y en lo que a técnicas y cuidados de enfermería se refiere, observamos que la toma de constantes por turno se realiza en un 46%, la colocación de un sondaje un 26% y la administración de oxígeno con un 63%, datos que se observan aumentados conforme nos acercamos al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0306

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

final de la vida del paciente. La aspiración de secreciones que se considera una técnica invasiva y contraindicada se ve aumentada de un 3% a un 17% de los 5 a los 3 días respectivamente.

En lo referente a la sedación que recibe el paciente todavía observamos que hay un porcentaje alto de personas que no la reciben, un 26% es su resultado tras el análisis de nuestros datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo diario desarrollado en la unidad dista bastante de lo que son unos cuidados paliativos de calidad. En el que el confort y bienestar del paciente debería ser el objetivo principal.

Además, el alto porcentaje que todavía existe en la realización de intervenciones diagnósticas y terapéuticas al final de la vida acarrea un gasto sanitario innecesario.

Ambas situaciones pueden cambiar intentando llevar a cabo programas de formación de calidad asistencial a las diferentes profesiones sanitarias.

Por todo ello y tras la sesión clínica impartida, se ha propuesto llevar a cabo unas charlas formativas con la unidad de paliativos, con la finalidad de concienciar a los sanitarios de como ejecutar unos cuidados de calidad ante el paciente terminal en el área de la hospitalización

7. OBSERVACIONES.

Algunos miembros del equipo de mejora se modificaron producto de una baja laboral o movilidad a otro centro o servicio. En su lugar se conto con Lorena M Fortuño Morante, enfermera de la 6ª planta, quien pasa a ser responsable del equipo.

Actualmente, el protocolo de manejo del paciente en el final de la vida, continua pendiente de modificación y actualización.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/306 ===== ***

Nº de registro: 0306

Título
MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

Autores:
CALLEN SALVATIERRA MONICA, ANORO CASBAS MARIA JOSE, MALON MARCO AMAYA, SANCHEZ LANUZA MAR, COLUMBRERE AZNAR ISABEL, LAIRLA MORLANS LORENZO, LIESA PELAY LORENA, FERNANDEZ RUIZ ALEXIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología terminal.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestra practica diaria en la planta 6ª del hospital San Jorge observamos que la situación clínica del paciente al final de la vida difiere con las intervenciones diagnosticas y terapéuticas aplicadas, repercutiendo en el bienestar del paciente y en el gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar la indicación de las intervenciones diagnosticas y terapéuticas en los pacientes terminales que fallecen hospitalizados en los servicios de neurología, cardiología, neumología, nefrología, oncología médica y de cualquier otra especialidad ingresada en nuestra unidad.

MÉTODO
Reuniones periódicas del grupo de trabajo.
Recogida de datos de manera retrospectiva creando una base de datos en la que se recogen variables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0306

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

demográficas, pruebas complementarias y tratamientos.
Realización de una sesión clínica informativa a distintos profesionales sanitarios.

INDICADORES

% de pacientes con un esquema terapéutico y de cuidados adecuado a la situación clínica del paciente.
% de pacientes a los que se les realiza una prueba complementaria no indicada.

DURACIÓN

La recogida de datos se realizará durante un periodo de cuatro meses (desde el 12 de febrero del 2019 al 12 de junio de 2019), valorando la situación del paciente a los cinco días, 3 días y 24 horas previas al fallecimiento del paciente.
Análisis de los datos durante cuatro meses.
Sesión clínica informativa en noviembre-diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0907

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA PABLO JULVEZ
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTERO ALONSO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intranet del Sector de Huesca, así como las del resto de hospitales y atención primaria ha ido creciendo y ampliando su contenido llegando a ser una valiosa fuente de recursos a donde acuden los profesionales. Sin embargo, algunos contenidos se encuentran desactualizados y/o obsoletos. Resulta precisa la definición de un protocolo que establezca su retirada o sustitución, según proceda; El actual proceso de publicación necesita de permiso expreso, sin embargo, en caso de concederse no se establece o indica ubicación, período de vigencia u otra información de interés, etc. Lo cual conduce a un complejo mantenimiento del contenido, que en ocasiones deriva en tener publicada más información de la precisa al no ser ni actual ni vigente.

- Abril a noviembre 2019 - Se ha realizado el estudio de los distintos epígrafes/secciones de las intranets. Se han identificado a los responsables de los contenidos incluidos en las secciones. En una reunión/entrevista con cada uno de ellos se ha planteado la problemática concreta y se han acordado acciones y pautas de actuación y mantenimiento del contenido implicado. En concreto, las actuaciones realizadas han sido: Revisión del contenido existente e identificación de contenido susceptible de ser eliminado por obsoleto o pasado a un apartado "Histórico". Se ha desarrollado un procedimiento de auditoría periódica para detectar documentos obsoletos o con ubicación errónea, mediante una lista de comprobación con distintos criterios (ejemplo: eventos caducados, procedimientos obsoletos y/o que precisan revisión, referencias de profesionales que ya no trabajan en el centro etc.). A continuación se indican las actuaciones realizadas en mayor detalle:

- Intranet Sector y Intranet Hospital San Jorge
La comisión de Adecuación Tecnológica revisó los epígrafes y contenido de las mismas, remodelándose la estructura de ambas intranets y sus contenidos.

- Intranet Hospital JACA
- Reunión con la Subdirección Médica Hospital San Jorge- Hospital de Jaca Solicitando revisión de Intranet Hospital de Jaca y responsables de publicación de sus secciones
- Fecha: Agosto 2019
- Contestación vía e-Mail de septiembre 2019
* Se establece la vía de publicación y/o actualización considerando responsable general de la intranet el mismo que Web de Hospital San Jorge
Se identifican a los:
Responsable de Publicación de Guardias:
Responsable de Cartera de Servicios
Responsable de Comisión de formación, actualización de calendario de las sesiones de formación en el Hospital.

- Intranet Hospital Sagrado Corazón de Jesús
- Reunión con la coordinadora de Calidad. Se acuerda de revisión de contenido y/o actualización de los mismos
- Fecha: Julio 2019
- Contestación vía e-Mail: diciembre 2019
Se indica:
* Secciones que pasan histórico: Biblioteca y Farmacia
* Secciones pendientes de actualización del contenido: Manual de Estilo
* Creación de nueva sección, Calidad conteniendo tres pestañas: Geriatría, Programa Prevención Cáncer de mama y Farmacia y adjuntando los archivos que darán contenido.

Se realizan las acciones indicadas

- Sección de Personal
- Reunión con Subdirección de Gestión de Recursos Humanos Se acuerdo de personal encargado de publicación en cada subsección, la vía de revisión del contenido no vigente
- Fecha: Diciembre 2019
- Contestación vía e-Mail: diciembre 2019
* Establecer los responsables de subsecciones a las comisiones encargadas de cada uno de ellos.
* Sección Solicitudes y Permisos ? cambio de firma en archivo de solicitud según corresponda, cuando se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0907

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

cambie de responsable encargado de la misma.

* Carrera profesional ? las propuestas de reconocimiento de nivel de carrera profesional, así como de las modificaciones de la Composición de las Comisiones Evaluadoras de Centro, deberían figurar en la página principal solo las propuestas de la Gerencia de Sector que aún no hayan sido Resueltas por la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud. Una vez Resueltas y publicadas por la Dirección Gerencia, los secretarios de cada una de las 3 Comisiones de Centro que funcionan actualmente, deberían/deberíamos comunicarnos que la propuesta concreta sea transferida a otro enlace con un Histórico. En cuanto a la Composición de las Comisiones Evaluadoras de Centro, tienen que comprometerse a que en cada modificación se recoja la composición completa, así, solo debería aparecer publicada en la página principal la última Resolución.

* Bolsa Incentivos ? actualización anual, la actual sustituye a la del año anterior.

* Convocatoria Provisión de Puestos ? Responsable comisión encargada de la convocatoria de la misma:

Convocatorias, Movilidad, Promoción Interna.

Se establece que la información permanezca aunque se haya sido ya resuelto, creándose un histórico por años que la contenga.

- Intranet Primaria
- Reunión con la Dirección.
- Fecha 13 de enero 2020
- Contestación vía E-Mail

La revisión del apartado de Farmacia AP lo realizará el servicio de farmacia y la de la unidad Docente la coordinadora de formación.

- Diciembre 2019 - Tras las reuniones con los responsables de cada uno de los apartados/secciones se ha realizado la confección de ficha de solicitud de publicación de contenido en las intranets de los distintos hospitales y Atención Primaria del Sector Huesca. Para la publicación de documentos asistenciales (protocolos, procedimientos, vías clínicas...) se seguirá lo establecido en el procedimiento de control de documentación del Sector, mientras esté vigente. La vía de publicación pasa por la solicitud vía correo electrónico a la Dirección de gestión del Sector con copia a la secretaria de dirección para la publicación de contenido por personas no acreditadas. Se diseña el siguiente formulario de petición, que se incorpora al circuito en aras de mejorar la comunicación con el servicio de informática para facilitar la correcta ubicación de los contenidos, así como para evitar la existencia de información obsoleta o desactualizada.

Ficha Solicitud Publicación Contenidos en Intranet

Solicitante:

Nombre y apellidos:

Cargo en la organización:

Propuesta de Ubicación/Epígrafe a publicar en:

Si la publicación se solicita para Portada y pasando después a permanente indicar dónde:

Vigencia de la publicación:

Datos/Archivos que adjunta:

Observaciones:

Se adjunta enlace con ficha en la publicación de portada de la intranet del sector dónde se indica el procedimiento a seguir para publicación de contenido, así como en el epígrafe de informática (<http://sectorhuesca/portada/index.php>).

- Diciembre 2019 - Se presenta a la Dirección de Gestión la ficha confeccionada para que se formalice con la solicitud de petición de publicación según procediendo establecido, se presenta la ficha para estudio y tras recibir su aprobación se incluye en el circuito de publicación de contenidos en las intranets. Se publica en la intranet este cambio para el conocimiento de todos los implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de secciones revisadas / total de secciones de la intranet. Estándar > 50%

26/43=60,46%

El indicador se ha obtenido de la siguiente forma:

Denominador: número de secciones existentes en las intranets.

Numerador: Número de secciones revisadas.

Se ha alcanzado el objetivo propuesto. Las intranets de las que no se ha abordado todavía la revisión son las que hacer que el porcentaje no sea mayor.

% de secciones actualizadas / total de secciones revisadas. Estándar > 80%

22/26=84,61%

El indicador se ha obtenido de la siguiente forma:

Denominador: número de secciones actualizadas las intranets.

Numerador: Número de secciones revisadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0907

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

Se ha alcanzado el objetivo propuesto. Se está pendiente de que los responsables de las secciones aporten las actualizaciones/cambios precisos.

El protocolo se hace público para el general conocimiento de los trabajadores. Estándar SI/NO
El protocolo está disponible en la página principal/portada de la intranet del Sector de Huesca.
<http://sectorhuesca/portada/index.php>

Las nuevas publicaciones se hacen de acuerdo al protocolo creado. Estándar SI/NO

Desde la reciente publicación de la ficha de solicitud de publicación el 66% de las solicitudes se realizaron de acuerdo al nuevo protocolo. Respecto a las que no se ajustaban al mismo se procedió a comunicar a las personas solicitantes la existencia de este nuevo cauce de solicitud y se ajustaron al mismo sin problema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones son muy positivas, se trata de un proyecto en el que ha sido y es necesaria la colaboración de muchas personas, las cuales ha respondido muy favorablemente lo cual ha facilitado la realización de las actividades planteadas. El principal motivo es que estas personas han comprendido y valorado la necesidad y utilidad de tener una intranet con contenido actual y fiable que se presente para todos los profesionales del Sector de Huesca como un punto de referencia al que acudir.

No se ha abordado la revisión del 100% del contenido de las intranets existentes en el Sector debido a que se plantea como un proyecto de un año de duración y el objetivo principal era establecer un protocolo de revisión y sentar las bases de un gestión adecuada de los contenidos que se publican, así como asegurar la vigencia de los ya publicados. Se ha optado por trabajar en este año con las secciones más importantes atendiendo a los siguientes criterios: Porcentaje de información considerada obsoleta o no vigente, secciones que son publicadores de contenidos muy activos y, finalmente, secciones que contienen información considerada especialmente relevante.

Se han sentado las bases de una gestión más eficiente del contenido de las intranets que va a seguir funcionando de esta manera y evolucionando y adaptándose a nuevas carencias que se detecten para lograr conseguir el objetivo de conseguir que los profesionales consideren el contenido que se haya en la misma como una fuente fiable, actualizada en la que encuentren la información que puedan necesitar y en la que puedan, asimismo, dar a conocer aspectos que consideren vitales para el general conocimiento de otros profesionales. Los resultados obtenidos, que pueden verse reflejados en los indicadores son positivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/907 ===== ***

Nº de registro: 0907

Título
PROTOCOLO PARA ACTUALIZACION CONTINUADA Y PUBLICACION DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

Autores:
PABLO JULVEZ SILVIA, MONTERO ALONSO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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 .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación interna y externa

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La intranet del Sector de Huesca, así como las del resto de hospitales y atención primaria ha ido creciendo y ampliando su contenido llegando a ser una valiosa fuente de recursos a donde acuden los profesionales. Sin embargo, algunos contenidos se encuentran desactualizados y/o obsoletos. Resulta preciso la definición de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0907

1. TÍTULO

PROTOKOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

unprotocolo que establezca su retirada o sustitución, según proceda; El actual proceso de publicación necesita de permiso expreso, sin embargo, en caso de concederse no se establece o indica ubicación, período de vigencia u otra información de interés, etc. Lo cual conduce a un complejo mantenimiento del contenido, que en ocasiones deriva en tener publicada más información de la precisa al no ser ni actual ni vigente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la accesibilidad a la intranet del sector
- Mantener la intranet actualizada, veraz y con la información contrastada
- Crear un circuito ágil en la gestión de contenidos
- Protocolizar los permisos necesarios para publicar contenidos
- Explotación de los datos obtenidos

MÉTODO

Reunión con la Comisión de Adecuación Tecnológica para la coordinación con actividades sobre contenidos e idoneidad de los mismos con respecto al contenido y lugar de ubicación, además de persona técnica asesora de idoneidad de datos de cada epígrafe.

Se procederá a la Revisión de lo ya contenido y posible integración de los nuevas solicitudes de publicación.

Se identificarán las Personas acreditadas para publicar sin solicitud, (responsables de comisiones, sesiones, etc)

Protocolo de solicitudes y confección de la misma, en colaboración con los responsables

Para la publicación de documentos asistenciales (protocolos, procedimientos, vías clínicas...) se seguirá lo establecido en el procedimiento de control de documentación del Sector, mientras esté vigente

Se establecerá un procedimiento de auditoría periódica para detectar documentos obsoletos o con ubicación errónea, elaborando una lista de comprobación con distintos criterios (ejemplo: eventos caducados, procedimientos obsoletos y/o que precisan revisión, referencias de profesionales que ya no trabajan en el centro etc)

INDICADORES

% de documentos asistenciales obsoletos / total de documentos asistenciales alojados en la intranet. Estándar < 5%

% de items de la lista de comprobación que no cumplen los criterios de calidad establecidos / total de items comprobados. Estándar < 10%

El protocolo se hace público para el general conocimiento de los trabajadores. Estándar SI/NO

Las nuevas publicaciones se hacen de acuerdo al protocolo creado. Estándar SI/NO

DURACIÓN

El año 2019

- Abril a julio 2019 - Estudio de los distintos epígrafes para establecer responsables técnicos
- Agosto 2019 - Reunión con Comisión de Adecuación tecnológica
- Septiembre 2019 - Reunión con responsables de aprobar las publicaciones
- Octubre 2019 - Confección de ficha de solicitud de publicación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JESUS VIBAN FORTUNY
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se mantienen reuniones con los diferentes servicios implicados: Admisión, Facturación y Seguimiento de Contratos. Con esto se pretende tanto determinar las necesidades de cada uno de ellos de manera individual, como de establecer los vínculos y relaciones entre ellos para obtener una visión más global y definida de todo el proceso de derivación externa del paciente, y una mejor coordinación y colaboración entre todas las partes

Abril-junio:

Reuniones con los diferentes componentes del proyecto, a saber:

-Admisión:

*Se suministran, por parte del servicio, los diferentes modelos de peticiones de prestaciones que existen, para su posterior modelado y por tanto, disponer en formato web de los formularios que existen en formato papel y que se utilizan para realizar las peticiones por parte de los facultativos

*Se definen los diferentes tipos de fechas (solicitud, cita paciente, envío resultados) que se han de grabar para determinar posteriormente, por parte de Seguimiento de Contratos, las posibles demoras que puedan aparecer

-Facturación:

*Son los encargados de realizar las comprobaciones de los datos de las facturas emitidas por el centro prestador, que incluyen principalmente el tipo de prestación, las fechas de realización de las mismas y el importe. Esto será necesario contrastarlo con los datos ya grabados de las prestaciones que se realizaron por parte del servicio de Admisión.

*Si se detectaron datos erróneos en la factura, se procederán a revisarlos y corregirlos por parte de Admisión/Facturación

*Cuando finalmente se subsanen los errores detectados (por ejemplo, la prestación no era la correcta), se enviará de nuevo la factura al centro prestador para que vuelva a emitir la factura, y así se seguirá revisando hasta que finalmente se esté conforme con la factura final, en cuyo caso se enviará a Seguimiento de Contratos para su posterior estudio

-Seguimiento de contratos:

*En base a las fechas grabadas por Admisión, y a las fechas en las que se suben las imágenes e informes correspondientes por parte del centro de prestaciones, Seguimiento de Contratos generará un informe con posibles demoras y penalizaciones, que será remitido a Dirección de Gestión para su evaluación. Se tendrá en cuenta también la factura definitiva, que habrá sido contrastada y suministrada por el servicio de Facturación

Julio-Octubre:

-Generación diagramas de uso a partir de las necesidades detectadas y de los procedimientos ya existentes

-Generación de las clases abstractas en el apartado de Admisión, al ser el punto de partida de todo el proceso de derivación

-Generación de documentación técnica adicional

Octubre-Noviembre:

-se empieza a preparar el entorno marco de la aplicación (principalmente login usuarios), aunque sin todavía entrar en detalle del procedimiento de derivación de pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al tratarse de una memoria de seguimiento y de un proyecto aún en desarrollo, no se han llegado a generar resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora positivamente la presencia de este proyecto, a pesar de estar aún en desarrollo. Se considera que puede aportar un valor importante tanto por su vertiente de herramienta de reducción de las demoras en las prestaciones externas, como de penalización a los centros que se desvíen de sus plazos previstos

Quedan pendientes la implementación de los 3 escenarios ya comentados (peticiones a través de Admisión, revisión de facturas a través de Facturación, y emisión de informe de posibles demoras a través de Seguimiento de Contratos), así como la realización de los indicadores abordados en la presentación del proyecto.

También queda pendiente la incorporación de diferentes prestaciones, según se vayan agregando al catálogo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Seguimiento de Contratos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1459 ===== ***

Nº de registro: 1459

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Autores:
VIBAN FORTUNY JESUS, NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD, TORRALBA CAMPOS LUISA ANTONIA, MALLADA OTIN MARIA JESUS, PARDO MONESMA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la gestión de las derivaciones sanitarias a otros centros

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta una necesidad por parte de los servicios de Admisión, Facturación y Seguimiento de Contratos, del hospital San Jorge de Huesca, de llevar un seguimiento de solicitudes de prestaciones que se realizan en centros externos al SALUD (como por ejemplo, las resonancias magnéticas que se realizan en el Centro de Diagnóstico por Imagen, gammagrafías, o pruebas para determinar posibles alergias).

Esta necesidad se ha detectado principalmente por la comprobación de dilatación en el tiempo de la ejecución de dichas prestaciones, y uno de los objetivos principales es evitar esta demora.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos a alcanzar serían los siguientes:
- Obtener un marco de referencia en el seguimiento y control de las prestaciones que se realizan en centros externos al Servicio Aragonés de Salud a pacientes pertenecientes al ámbito público
- Establecer las prestaciones y los centros sobre las que se implantará dicho seguimiento

Los resultados a conseguir serían los siguientes:
- Disponer de la capacidad de seguimiento sobre la derivación de pacientes a centros externos al Sistema Aragonés de Salud
- Facilitar el seguimiento de los plazos fijados para asegurar que se realizan dichas prestaciones en los periodos estipulados y evitar así demoras innecesarias

La población diana sería aquella que, perteneciendo al ámbito de la sanidad pública, necesita ser derivada a centros externos para poder obtener resultados de las prestaciones que no son ejecutadas por el Servicio Aragonés de Salud en el sector de Huesca.

Los servicios a los que se dirige el proyecto serían, dentro del hospital San Jorge de Huesca:

- servicio de Admisión
- servicio de Facturación
- servicio de Seguimiento de Contratos

MÉTODO
Este plan se ha concebido tras consultarlo y analizarlo con los servicios expuestos anteriormente.

Para lograr los objetivos, se mantendrán reuniones con los servicios implicados, para asegurar el correcto diseño y concreción de detalles que determinarán el funcionamiento apropiado de la aplicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Esto desembocará en el desarrollo de una aplicación web que permitirá desplegar las funcionalidades indicadas en el anterior punto.

La formación consistirá en la explicación del funcionamiento de la nueva herramienta a los servicios implicados.

Como recursos materiales, se dispondrán de los ya existentes.

Las fuentes de datos serán las siguientes:

- Los datos de la solicitud de la prestación que habrá emitido el profesional sanitario a través de un volante de petición y que serán registrados en la aplicación a través del servicio de Admisión
- El servicio de Facturación que grabará la fecha e importe de la factura definitiva, emitida por el centro que haya realizado la prestación correspondiente
- Se tomarán de otros Sistemas de Información (RIS-PACS, HCE, ...) las fechas de realización de la prestación y de elaboración del informe, en aquellos casos que aplique (prestaciones del CDI, Granada) que le servirán al servicio de Seguimiento de Contratos para evaluar la posible demora y como consecuencia, posible penalización a la entidad garante de realizar la prestación

INDICADORES

Ante la ausencia de indicadores previos, se va a proceder a establecer los indicadores estándar que servirán de referencia futura para el seguimiento y control de los objetivos establecidos.

Para ello podremos establecer los siguientes indicadores:

- Indicador sobre diferentes tipos de demoras:
 - ? pruebas normales demoradas / pruebas normales realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 30 días naturales desde la fecha de solicitud de la prueba
 - ? pruebas preferentes demoradas / pruebas preferentes realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 7 días naturales desde la fecha de solicitud de la prueba
 - ? pruebas ingresados|urgentes demoradas / pruebas ingresados|urgentes realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 48 horas (2 días) desde la fecha de solicitud de la prueba
 - ? informes en periodo establecido / pruebas realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 84 horas (3,5 días) desde la fecha de solicitud de la prueba
- Indicadores sobre la mejora en la identificación del paciente/peticionario (médico y/o servicio):
 - o errores id paciente/pacientes para los que se solicita prueba <1%
 - o errores id médico/médicos solicitantes <5%
 - o errores id servicio/servicios solicitantes <1%

DURACIÓN

La duración estimada del proyecto sería de 12 meses, iniciándose en el mes de abril de 2019 y finalizando en marzo de 2020.

Tanto el desarrollo técnico como implantación de la aplicación correspondería al desarrollador de este proyecto.

La colaboración en la parte funcional del desarrollo de la aplicación correspondería a los responsables de los servicios implicados (Admisión, Facturación, Seguimiento de Contratos) .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS LOPEZ CLAVER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANDER AZCONA MARIA ARANZAZU
AVELLANAS CHAVALA MANUEL LUIS
LABARTA MONZON JOSE LORENZO
ESCOS ORTA JESUS OSCAR
SERON ARBELOA CARLOS
MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
CABALLERO NUÑEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-El 7 de Enero de 2016 se creó y se formalizó el Equipo para la realización del proyecto, realizándose Acta de dicha reunión (Acta 1/ 2016).

Se realizó el protocolo de indicación de petición de coagulación según las Guías de The American Collage of Emergency Physicians (ver tabla 1); y se difundió mediante sesión clínica y por correo electrónico a todos los facultativos de la UCI.

-Se diseñó una hoja de recogida de datos para los pacientes del grupo control 2015 y otra para el grupo protocolo 2016.

-En el grupo control se incluyen los pacientes ingresados de forma consecutiva en los primeros 6 meses del 2015 (recogida retrospectiva de la historia clínica). En el grupo protocolo se incluyen los pacientes ingresados de forma consecutiva en los primeros 6 meses del 2016 (recogida prospectiva).

Se excluyeron los pacientes < 18 años, estancia menor de 24 horas, pacientes con riesgo hemorrágico alto, hepatopatía grave, enfermedad hematológica y uso de anticoagulantes.

-Hubo dos reuniones del grupo para evaluar el desarrollo y seguimiento del proyecto según el calendario establecido (Acta 2 y 3/2016) y finalmente tras la recogida de datos, se procede a analizar los resultados.

- Método: Estudio cuasiexperimental con control histórico. Se recogen variables demográficas, nº de extracciones (clasificadas en bioquímica, hemograma, gasometrías y coagulaciones), grado de anemización, necesidad de transfusión y mortalidad.

En el análisis estadístico se describen variables cualitativas con porcentajes y cuantitativas con medias y desviación estándar. Se comparan mediante X², t de Student ó la U de Mann-Whitney, con soporte informático SPSS.

Tabla 1.
PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE UCI.

- 1.- Pacientes anticoagulados
- 2- Infecciones graves activas
- 3- Trastornos hemorrágicos
- 4- Trombosis venosas y arteriales
- 5- Politraumatismos graves
- 6- Preoperatorio
- 7- Pacientes con inestabilidad hemodinámica
- 8-Enfermedad hepática
- 9- Alteraciones hematológicas conocidas
- 10-Sospecha de déficit de vitamina K

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluyeron 92 pacientes en el grupo control y 107 en el grupo protocolo. Los grupos fueron homogéneos en edad (68,5 vs 67,3 años), sexo masculino (70 vs 72 %), escala de gravedad APACHE II (13,9 vs 11,7), tipo de ingreso (cirugía 40% vs 41%), estancia (5,24 vs 5,26 días) y Hemoglobina al ingreso (11,9 vs 12 g/dl)

Al analizar los resultados (ver tabla 2) se observa en el grupo protocolo una reducción del 35,6% del nº de peticiones de coagulación (229 con una tasa de 0'48 /día) versus grupo control (356 con una tasa de 0'80 /día) con significación estadística.

Así mismo, hay disminución del grado de anemización (-0,4 vs -0,7 g/dl) y de la mortalidad (5,6 vs 9,8 %) sin significación estadística. El porcentaje de pacientes transfundidos fue similar en ambos grupos (12,1 vs 12,0 %).

TABLA 2:
Control Protocolo p

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

	2015	2016 (X2 o t Student)		
Pacientes [n]	92	107		
Edad	68,5(14,4)	67,3 (16,2)	0.57	
Sexo masculino n (%)	65 (70,7)	77 (72)	0.87	
Estancia	5,24(5,7)	5,26(6,6)	0.98	
Cirugía [n (%)]	37 (40,2)	44 (41,1)	1.0	
Apache II [media(DE)]	13,9(6,4)	11,7 (6,6)	0.18	
Hb ingreso (g/dL)	11,9 (2,4)	12,0 (2,5)	0.79	
Hb alta (g/dL)	11,1 (2,3)	11,5 (2,3)	0.80	
Nº global de peticiones[n]	1833	1969	0.64	
Nº de coagulaciones [n]	356	229	0.001	
Nº peticiones/día/pac	4,0(1,7)	3,6 (1,8)	0.10	
Nº bioquímica/día/pac	1,19 (0,4)	1,16 (0,4)	0.62	
Nº hemogramas/día/pac	1,1 (0,4)	1,0 (0,5)	0.45	
Nº de coagulación/día/pac	0,8 (0,5)	0,48 (0,4)	0.001	
Nº gasometría/día/pac	1,0 (0,6)	0,9 (0,6)	0.83	
Anemización (g/dL)	-0,7 (1,5)	-0,4 (1,5)	0.24	
Mortalidad [n (%)]	9 (9,8)	6 (5,6)	0.29	
Transfundido [n (%)]	11 (12,0)	13 (12,1)	1.0	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La implantación del protocolo consiguió reducir el nº de peticiones innecesarias de coagulaciones en un 35, 6% con significación estadística.

-Esto conlleva no sólo disminución de costes económicos, sino también disminución de la carga del personal sanitario y racionalización de los recursos sanitarios

-Se observó una disminución de la anemia iatrogénica en UCI, que si bien no tiene significación estadística, si muestra una tendencia a menor anemia en el grupo del protocolo

-La seguridad de los pacientes no se vio comprometida con respecto a las necesidades de transfusiones y mortalidad global.

RECOMENDACIÓN:

-Según este Proyecto de Mejora, la implantación de un protocolo para la solicitud de coagulación cumpliendo unas indicaciones, conllevaría una disminución de costes y cargas de trabajo, sin menoscabo en la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/693 ===== ***

Nº de registro: 0693

Título
PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Autores:
LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, EITO ARNAL ANTONIO JOSE, LABARTA MONZON JOSE LORENZO, LANDER AZCONA ARANTXA, ESCOS ORTA JESUS OSCAR, MALLOR BONET TOMAS, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL, LAIRLA OLIVAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
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 - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

PROBLEMA

Problema u oportunidad de mejora seleccionada.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN: En Cuidados Intensivos, las peticiones y extracciones de analíticas así como pruebas de imagen suponen una parte muy importante del trabajo diario del personal sanitario de la U.C.I. Se ha demostrado en múltiples estudios la ineficacia, por aumento de costes y efectos secundarios, de la realización rutinaria de radiografías y análisis sanguíneos. En muchas ocasiones la realización de pruebas innecesarias conlleva aumento del coste sanitario, estudios ineficaces y requerimientos adicionales de otras técnicas (pruebas de imágenes, ampliación de estudios de coagulación, etc.). En una revisión sistemática de los estudios preoperatorios, hubo alteraciones en los test de coagulación entre un 4,8 -15,6% del total; pero sólo conllevó un cambio en la actitud terapéutica en el 0'8% de los pacientes, lo que confirma el elevado número de peticiones innecesarias que se solicitan de forma rutinaria. Múltiples estudios han demostrado que las extracciones sanguíneas innecesarias en pacientes de UCI producen anemia iatrogénica, lo que conlleva a un aumento de los costes y de las transfusiones sanguíneas realizadas (riesgo de transmisión de infecciones, TRALI, reacciones transfusionales, etc.). Por lo tanto, con la bibliografía existente y de acuerdo con las Guías de las Sociedades Científicas, consideramos que podríamos disminuir el número de peticiones innecesarias en los test de coagulación rutinarios si se aplica un protocolo de solicitud de test de coagulación en aquellos pacientes con antecedentes de sangrado o factores de riesgo para desarrollar una coagulopatía aguda.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos sin alterar los resultados clínicos esperados, incluyendo los episodios de sangrado, necesidades de transfusión y mortalidad global
- 2.- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado con reducción de los gastos al disminuir el nº de peticiones y racionalización de los recursos sanitarios.
- 3.- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados disminuyendo la carga de trabajo del personal sanitario y los costes así como los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas y la anemia iatrogénica en U.C.I

MÉTODO

Método:·
Los pacientes ingresados en UCI serán evaluados mediante anamnesis, exploración física y realización de pruebas complementarias, entre las que se incluyen las pruebas de coagulación.· Para la reducción del nº de solicitudes de controles de coagulación ineficaces solicitadas de forma rutinaria, se instaurará un protocolo en el que se definen los pacientes con riesgo de presentar alteraciones de la coagulación.
Actividades a Realizar:· Se realizará una Sesión Clínica al personal médico de la U.C.I. donde se informará de la puesta en marcha de este proyecto.· Se informará a los médicos de las situaciones clínicas en las que es necesario realizar un control de coagulación (según las Guías de The American Collage of Emergency Physicians)
:- Pacientes con sangrado activo-
Pacientes con cuadro de shock séptico activo-
Signos clínicos de sangrado o coagulopatía activa (hematomas cutáneos, etc).
Historia previa de sangrados espontáneos o excesivos
Uso actual de anticoagulantes
Sospecha o confirmación de CID (coagulopatía intravascular diseminada)
Evidencia de enfermedad hepática (por historia o examen clínico)
Historia de malnutrición o malabsorción en grado severo- Enfermedades hematológicas.
Necesidad de realizar procesos invasivos (cirugía urgente o procedimientos que requieren anticoagulación:
ej. Hemodiafiltración continua)
Imposibilidad de realizar anamnesis del paciente para valorar riesgo de coagulopatía.

INDICADORES

Para evaluar la efectividad de la medida a ejecutar se compararán dos grupos:
uno tras aplicar el método restrictivo (grupo protocolo recogido durante el año 2016) y otro grupo de control del año 2015
.Se compararán en cada grupo:
- datos demográficos y epidemiológicos
- nº de solicitudes sanguíneas
- nº de episodio de sangrados
- requerimiento de medicación procoagulante
- requerimiento de transfusiones sanguíneas
- necesidad de cambio terapéutico y mortalidad global.

DURACIÓN

· En el primer mes del año, se informará a los facultativos sobre el protocolo a seguir y se presentará la hoja de recogida de datos.· Se implantará el protocolo el 1 de Febrero de 2016 al 31 de Diciembre de 2016.· Se recogerán los datos de los pacientes en la hoja de datos.· Durante el periodo de estudio, los componentes del Equipo de Mejora se reunirán en 3 ocasiones para valorar el seguimiento de la implantación, de las incidencias y resultados preliminares, lo que transcribirán mediante Acta de Reunión.· Finalmente al terminar el periodo de estudio se analizarán los datos obtenidos y se reflejarán en la Memoria del Servicio.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCIÓN DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRÍTICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ARANZAZU LANDER AZCONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO LIESA ROSA
MILAGRO BEAMONTE ANA
LABARTA MONZON LORENZO
LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS
MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
LAIRLA OLIVAN MARTA
ESCOS ORTA JESUS OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva) y la SEEIUC (Sociedad Española de Enfermería Intensiva) ha elaborado un protocolo denominado "RESISTENCIA ZERO" (Prevención de la Emergencia de Bacterias Multirresistentes en UCI) que tiene como objetivo principal reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI. Este proyecto forma parte de la Estrategia de Seguridad del paciente que el Ministerio impulsa en colaboración con las Comunidades Autónomas.

Para llevar a cabo este proyecto se requiere la formación de equipos en cada Hospital que cooperen en la consecución de los objetivos. En este proyecto es precisa la colaboración de médicos, enfermeras y auxiliares de UCI junto con el Servicio de Microbiología, parte imprescindible en el proyecto para hacer el diagnóstico y también es necesaria la colaboración con Medicina Preventiva. Para iniciarlo se requieren medios materiales sin los que es literalmente imposible abordar algunas de las tareas incluidas en el proyecto.

Por lo tanto para desarrollar e implantar el proyecto en nuestro Hospital lo primero que necesitamos es disponer del kit de hisopos para extraer muestras y de los medios de cultivo específicos para detectar gérmenes multirresistentes, algunos de los cuales no están a nuestro alcance en la actualidad por lo que en la actualidad se ha solicitado a la dirección una Reunión para poder poder comprarlos e iniciar el proyecto dada la importancia del proyecto

Tras confirmar la compra del material se implantará de forma progresiva el proyecto en la Unidad. Actualmente se está formando el grupo de Trabajo con médicos de UCI, Microbiología y Medicina Preventiva, así como enfermería y auxiliares de Cuidados Intensivos.

A principios de Febrero hay una nueva Reunión de todo el equipo coordinador autonómico para ver la situación en las distintas Unidades y decidir la iniciación del proyecto con criterios uniformes en toda la Comunidad.

Nuestra Unidad también ha empezado a registrar durante todo el año en todos los pacientes el ENVIN completo, programa informático utilizado en Cuidados Intensivos para estudiar las infecciones en Cuidados Intensivos, y esta base de datos es la que se va a utilizar para registrar los datos de la Resistencia Zero, para facilitar su introducción nuestra Unidad va a realizar el ENVIN completo todo el año.

A lo largo de este año se implantará el proyecto en nuestra Unidad y con ello tendremos un mapa de los gérmenes multirresistentes de nuestra Unidad y con la implantación de las medidas valoraremos sus tasas y la evolución a lo largo del proyecto.

El primer paso realizado ha sido la compra del material necesario para la realización del proyecto, tras la compra de todos los materiales necesarios unificada a nivel de Aragón y autorizada por nuestra Dirección, se compraron el kit de hisopos con medio de transporte y los 4 medios de cultivo necesarios.

Mientras se inició un curso de Formación en Resistencia Zero. La persona responsable de la formación ha sido A Lander que ha implantado la formación a todo el personal de la Unidad. Durante dos meses consecutivos y en pequeños grupos de 2-3 y 4 personas ha ido realizando la formación a todo el personal de la UCI (Facultativos Especialistas Area, Residentes UCI y rotantes en la Unidad, enfermeras, auxiliares y estudiantes de enfermería que están rotando en la Unidad. En este Curso se les explica el proyecto, cual es nuestra situación y de que medios disponemos y como lo vamos a ir implantando en la Unidad. Posteriormente se anima a todo el personal a realizar el Curso Resistencia Zero on line sobre el proyecto.

También se explica que la implantación de proyecto se hará de forma progresiva dada la complejidad del proyecto. En este proyecto están implicadas muchas personas de diferentes servicios.

Se toma 3 cultivos de vigilancia (frotis nasal, de orofaringe y rectal) y en un medio de cultivo se remiten a Microbiología. En aproximadamente 24 horas están los resultados.

El laboratorio de Microbiología es muy importante ya que todas las muestras son procesadas por ellos y les genera una carga de trabajo importante. De acuerdo con ello se decide que las muestras se recogerán los martes por su organización.

El Servicio de limpieza del Hospital dispone de un protocolo actualizado de limpieza diario de boxes y resto de la UCI (donde se especifica METODO, FRECUENCIA Y PRODUCTOS DESINFECTANTES) para superficies, suelo, paredes y resto de estructuras fijas de las habitaciones revisado recientemente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA

Tras realizar todos los pasos anteriores en Marzo se pone en marcha el Proyecto. También se ha elaborado una encuesta al ingreso del paciente. A todo paciente que ingresa en UCI se le realiza la encuesta, cuando el enfermo esta colonizado o infectado previamente por un germen multirresistente o si se cumplen dos del resto de ítems el paciente es aislado hasta que se confirme si tiene o un germen multirresistente. La realización de la encuesta la hace el médico responsable del enfermo al ingreso. Esto implica que el número de enfermos aislados es mucho mayor y por tanto la carga de trabajo para todo el personal es mucho mayor. En 24 - 48 horas están los resultados y el enfermo se le puede retirar el aislamiento si es negativo. Esto implica una carga asistencial para Microbiología que tiene que ofrecer los resultados en un tiempo corto y también para el personal de la UCI. El fin de semana el problema es más importante porque no se pueden tener los resultados dado que el fin de semana no hay Microbiólogo de Guardia. La recogida de datos y su posterior análisis se realiza a través del programa ENVIN - HELICS. Asimismo se rediseña la hoja de cultivos de los enfermos para que queden reflejados el inicio de la antibioterapia y su finalización y el motivo de inicio (empírico o dirigido) y sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado, desescalado antibiótico. Diariamente en la Sesión se valora la indicación de los antibióticos utilizados en cada paciente, su vía y forma de administración y se valora su retirada o su ajuste. También se sigue la profilaxis antibiótica posquirúrgica siguiendo el protocolo del Hospital. Se ha incidido en la extracción de muestras previas a la administración de antibiótico y en el procesado y envío de las muestras para su procesamiento rápido. Se ha responsabilizado a todo el equipo médico de la necesidad del cumplimiento de las normas de política antibiótica. Todo ello para mejorar y optimizar el empleo de los antimicrobianos. La responsable de enfermería del proyecto, se ha encargado de la mejora a la adherencia a la higiene de manos y es responsable de potenciar las precauciones de aislamiento para evitar la transmisión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El germen más frecuentemente encontrado tanto en el ámbito de nuestra UCI, como en Aragón como a nivel Nacional tanto previamente al ingreso como durante el ingreso son los BLEEs.
- Con estos datos podemos decir que nuestra UCI tiene más enfermos colonizados o infectados cuando ingresan en UCI que a nivel de Aragón o a nivel nacional. Pero una vez que ingresan en UCI la tasa de colonización o infección intraUCI es baja.
- Por tanto hemos elaborado un mapa de los gérmenes multirresistentes en nuestra Unidad y hemos elaborado un paquete de recomendaciones para disminuir el número de pacientes ingresados con un germen multirresistente.
- El objetivo de disminuir un 20% la tasa de pacientes con gérmenes multirresistentes requiere más tiempo y el proyecto sigue desarrollándose en el tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El germen más frecuentemente encontrado tanto en el ámbito de nuestra UCI, como en Aragón como a nivel Nacional tanto previamente al ingreso como durante el ingreso son los BLEEs.
1. - Con la implantación de este proyecto se ha conseguido obtener un mapa microbiológico de nuestra Unidad objetivando que la mayor parte de las colonizaciones e infecciones son previas al ingreso en UCI y que los gérmenes más frecuentes son las enterobacterias BLEE a nivel global. IntraUCI los gérmenes más frecuentes son el SARM y los BGN carbapenemasas.
 2. - Se ha iniciado una serie de normas y estrategias para mejorar y optimizar el empleo de los antimicrobianos
 3. - Se ha incidido y mejorado en las normas de aislamiento.

7. OBSERVACIONES.

Con estos datos podemos decir que nuestra UCI tiene más enfermos colonizados o infectados cuando ingresan en UCI que a nivel de Aragón o a nivel nacional. Pero una vez que ingresan en UCI la tasa de colonización o infección intraUCI es baja.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1087 ===== ***

Nº de registro: 1087

Título
PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Autores:
LANDER AZCONA ARANTXA, MILAGRO BEAMONTE ANA, LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, LABARTA MONZON JOSE LORENZO, NAVARRO LIESA ROSA, GARCES FERRANDO CARMEN, SANZ CARDIEL ALICIA, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
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

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

La aparición de resistencias a los antibióticos es una gran amenaza para la salud pública en todo el mundo que incrementa los costes de la atención sanitaria, la tasa de fracaso de tratamiento y la mortalidad. Los pacientes ingresados en UCI tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser infectados o colonizados por gérmenes multirresistentes. En España, mediante el registro ENVIN-HELICS se conoce la evolución de sus tasas, la etiología de las mismas y la sensibilidad de los microorganismos patógenos más frecuentes. La aparición de una bacteria multirresistente (BMR) condiciona el pronóstico del paciente crítico e incrementa el consumo de recursos. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva) y la SEEIUC (Sociedad Española de Enfermería Intensiva) ha elaborado un protocolo denominado "RESISTENCIA ZERO" (Prevención de la Emergencia de BMR en UCI) que tiene como objetivo principal reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Elaborar un paquete de recomendaciones en pacientes ingresados en servicios o unidades de pacientes críticos con el objetivo de disminuir la selección y/o diseminación de bacterias multirresistentes en la UCI
- 2.- Reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica uno o más BMR (bacterias multirresistentes) de origen nosocomial intra-UCI
- 3.- Describir el mapa de BMR en nuestras unidades de pacientes críticos

MÉTODO

Para llevar a cabo este proyecto se requiere la formación de equipos en cada Hospital que cooperen en la consecución de los objetivos. En este proyecto es precisa la colaboración de médicos, enfermeras y auxiliares de UCI junto con el Servicio de Microbiología, parte imprescindible en el proyecto para hacer el diagnóstico y también es necesaria la colaboración con Medicina Preventiva. Para iniciarlo se requieren medios materiales sin los que es literalmente imposible abordar algunas de las tareas incluidas en el proyecto. Para impulsar la implementación del proyecto a nivel autonómico se formó un grupo de coordinación acordando las siguientes propuestas:

- Se vigilarán todos los pacientes ingresados en UCI exceptuando en nuestro caso los enfermos coronarios (con menor riesgo de infección/colonización por BMR), salvo que dichos enfermos tengan factores de riesgo.
- Muestras a estudiar: frotis nasal, faríngeo y rectal en cada paciente mediante un kit que incluye tres hisopos y un medio de transporte de Cary-Blair.
- Bacterias Multirresistentes a estudiar: S. aureus meticilin resistente (SARM), enterobacterias resistentes a cefalosporinas de 3º y 4º generación: productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y cefamicinasas plasmídicas (pAmpC) y adicionalmente estudiar la colonización por enterobacterias resistentes a carbapenems por producción de carbapenemasas solo en aquellos pacientes que ingresen en UCI procedentes de centros sanitarios de otros países o comunidades autónomas en los que se aísla con frecuencia enterobacterias productoras de carbapenemasas
- Medios de cultivo: se propone la siembra de las muestras recogidas de los pacientes incluidos en la vigilancia en medios cromogénicos que son selectivos y diferenciales y además más baratos y asequibles que los métodos moleculares (PCR) permitiendo ofrecer resultados preliminares altamente fiables en 24 horas y definitivos en 48 horas, lo que limita el tiempo de aislamiento en pacientes no colonizados. La previsión de coste por paciente es de 3.02 euros que se incrementa en 2,75 euros en pacientes con riesgo de portar enterobacterias resistentes a carbapenems

INDICADORES

- Cumplimentación de la lista de verificación (check list) para detectar pacientes con riesgo elevado de ser portadores de BMR
- Control de uso e indicaciones de antibioterapia así como resistencias
- Uso y cumplimiento de las diferentes precauciones :estandar y por mecanismos de transmisión (medidas de aislamiento)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA, HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA

DURACIÓN

Durante el año 2016 se va a continuar con el proyecto (iniciado en marzo de 2015 y continuando su participación el el proyecto ENVIN -UCI) para seguir teniendo un mapa microbiológico y la política antimicrobiana de la Unidad y valorar el cumplimiento de las mejoras de aislamiento y se ha iniciado la elaboración de un protocolo de limpieza de nuestro material y aparataje que se continuará evaluando.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LORENZO LABARTA MONZON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA
BUESA ESCAR ANA MARTA
GIL ALOS ANA
CERRO JUNCOSA ANA
LAIRLA OLIVAN MARTA
REULA ARASANZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se constituyó el Equipo de Mejora y posteriormente en el mes siguiente se desarrolló el Programa de Mejora, con la formación del personal (médicos y enfermeras) de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación para su monitorización a través de sesiones de formación (3 sesiones) y su registro a través de la plataforma informática de registro y monitorización de los pacientes de la UCI (programa METAVISION implantado desde 2016).

Se instruyó al personal para saber realizar las escalas, conocer los niveles con rango adecuado y a través de un algoritmo que permite la autonomía por parte de enfermería (ya contrastada su eficacia, por nuestra práctica desde 2011) valorar aumentar o disminuir la titulación de las bombas de sedación o administrar tratamiento anti-álgico y detectar precozmente un estado de agitación.

Las escalas de sedación utilizada fue la escala RASS, la escala de dolor (EVA y ESCID) y la escala de agitación fue la escala CAM-UCI (homologadas por la Guía de Sedoanalgesia del grupo de trabajo de Sedación -analgesia y agitación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)).

Para facilitar la valoración de escalas, se distribuyó un díptico con las diferentes escalas y se introdujo dichas escalas en el programa informático de Metavisión.

Se incluyó a pacientes con necesidad de sedoanalgesia mayor de 24 horas y se compararon dos grupos, según el periodo pre-instrucción (grupo control, también llamado periodo A) o post- instrucción (grupo intervención o periodo B).

El periodo de recogida del periodo A fue del 15 de enero al 14 de abril de 2018; y el periodo de recogida del grupo B fue del 15 de mayo al 14 de agosto de 2018.

Se realizó una recogida de datos con las variables: edad, sexo, gravedad con escala APACHE II, tipo de ingreso médico o quirúrgico, necesidad y tiempo de ventilación mecánica, escalas RASS, EVA, ESCID, CAM-UCI, medicación en UCI, estancia en UCI, presencia de agitación, mortalidad y eventos (retirada de dispositivos no deseados o lesiones).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Basándonos en los datos del proyecto SEDAN UCI del año 2013 (Proyecto nacional realizando un corte de prevalencia del manejo de sedoanalgesia en las Unidades de Cuidados Intensivos de España) en el que se objetivó un déficit en el manejo de sedoanalgesia a nivel nacional en los siguientes aspectos:

- UCIs con protocolo de sedación de un 57%.
- con autonomía en el manejo farmacológico de sedación por parte de enfermería de un 57%.
- cumplimentación de registros con escalas de sedación de un 70%, de escala de dolor de un 44% y de escala de delirio de un 10%.

Por todo ello nuestros objetivos fueron conocer nuestros indicadores y verificar la mejoría de sus valores con la implementación de este proyecto de mejora (comparando el periodo B con el periodo A).

Los objetivos fueron:

- Registro de incidencia de agitación en UCI.
- Porcentaje de cumplimentación diaria de la escala RASS y escalas EVA/ESCID.
- Disminución del grado de dolor tras tratamiento.
- Disminución de la incidencia de agitación.
- Evaluar parámetros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI y mortalidad).

Se recogieron los datos de 138 pacientes (79 del grupo A y 59 del grupo B), siendo los datos siguientes:

-Ambos grupos fueron homogéneos con respecto a sexo masculino (grupo A 69% vs grupo B 60%), edad (70 vs 69 años), nivel gravedad APACHE II (18 vs 19), tipo de ingreso quirúrgico (59 vs 58 %) y necesidad de ventilación mecánica (45 vs 42%).

Con respecto a los objetivos alcanzados e indicadores:

- 1-La incidencia global de agitación fue del 23%.
- 2-La cumplimentación diaria de la escala RASS fue 70% en el grupo A y del 82% en el grupo B; y de la escala del dolor EVA/ESCID fue 73% en el grupo A y 84% en el grupo B.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

La cumplimentación de la escala de agitación con la escala CAM-UCI fue del 34% en el grupo A y del 62% en el grupo B.
3- El porcentaje de pacientes con menor dolor tras tratamiento (EVA o ESCID menor de 4) fue mayor en el grupo B (40%) que en el grupo A (33%).
4- Menor porcentaje de agitación en el grupo B (21%) comparado con el grupo A (25%).
5- La incidencia de estancia en UCI y mortalidad, hubo una tendencia menor (pero no significativa) en el grupo B (estancia 11 días y mortalidad 21%) con respecto al grupo A (estancia 12 días y mortalidad 25%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como fortalezas del estudio:

- Se consolida la implantación de un protocolo de sedoanalgesia guiado por enfermería siendo seguro y eficaz.
- Nivel alto de monitorización de analgesia y dolor (mayor del 80% como indican las guías del Grupo de Trabajo de sedoanalgesia de la SEMICYUC).
- Mejor control del dolor de los pacientes (mayor porcentaje de pacientes con bajo nivel de dolor con EVA/ESCID menor de 4).
- Se ha desarrollado e implementado la escala de agitación CAM-UCI en un 62%.
- Se constata con un indicador medible, la alta prevalencia de pacientes que presentan agitación (23%) en los pacientes con sedoanalgesia superior a 24 horas.
- La presencia de la aplicación informática dentro de la Metavisión, ayuda al personal a cumplimentar las escalas y estar alerta ante la prevalencia de agitación.

Como debilidades del estudio:

- El paso del tiempo puede jugar un papel de disminución en la cumplimentación de las escalas.
- El tratamiento de la agitación debería ser plurifocal (preventivo, psicológico, medidas no físicas y farmacológico).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/89 ===== ***

Nº de registro: 0089

Título
MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Autores:
LABARTA MONZON LORENZO, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL, LACOSTENA PEREZ M EUGENIA, BUESA ESCAR ANA MARTA, LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, LANDER AZCONA ARANCHA, ESCOS ORTA JESUS, CABALLERO NUÑEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION: En la mayoría de pacientes ingresado en UCI es necesaria la administración de sedantes y analgésicos para tratar la ansiedad que genera la situación de enfermedad grave, para disminuir la sensación de disnea, conseguir la adaptación a ventilación mecánica, controlar la agitación, disminuir el dolor y poder realizar las técnicas invasivas que requieren los enfermos.
Por ello las distintas Sociedades abogan por la monitorización de la sedación, dolor y agitación. Los expertos aconsejan la monitorización por escalas completas que no sólo incluyan la valoración de la sedación (ejemplo RAMSAY), sino que incluyan apartados como la sedación, el dolor y el delirio. Por eso aconsejan escalas de sedoanalgesia y agitación como serían las escalas de sedación-agitación: Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) o Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), las escalas para el dolor como son la EVN, EVA y ESCID, y las escalas para valorar la agitación como serían la Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) o la Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

- 1-Registro de incidencia de agitación en UCI
- 2-Cumplimentación de medida RASS diaria, escalas de dolor
- 3.- Disminución del grado de dolor tras tratamiento (grupo control e intervención)
- 4.- Disminución de la incidencia agitación
5. Evaluar parametros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI, mortalidad, calidad de vida)

MÉTODO

-Inicialmente se constituirá el Equipo de Mejora
-Posteriormente se desarrollará el Programa de Mejora con la formación del personal de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación
-Se incluirán todos pacientes de UCI con estancia mayor de 24 horas.
-Se tomarán los registros de sedación con la escala de RASS, escala de dolor (EVA o ESCID) y el registro de agitación con la escala de CAM-UCI.
La sedoanalgesia se seguirá realizando en los dos grupos, según el algoritmo de la UCI para control del dolor y la sedación.
El grupo de Mejora de Calidad, realizará una hoja de recogidas de datos (edad, sexo, antecedentes, tratamientos, tipo de ingreso, mediación en UCI, escalas de gravedad, escala sedación, escala dolor, escala agitación, presencia de agitación, tipo de agitación, estancia en UCI, Ventilacion Mecánica, mortalidad, etc). Se firmará un compromiso de confidencialidad en la recogida de datos y con la conformidad del Jefe de Servicio o Director. Finalmente se analizarán los datos obtenidos y se realizará un analisis estadístico para estimar la significación de las medidas realizadas.

INDICADORES

- 1-% de pacientes agitados/total pacientes > 24 horas.
- 2- 80% de mediciones cumplimentadas
- 3-% de pacientes con valor de EVA o ESCID <4 en ambos grupos. (menor en el grupo intervención)
- 4-% de episodios agitación en ambos grupos (menor en el grupo intervención)
- 5-Media de días de estancia en UCI, % de mortalidad, valor en la escala de calidad de vida SF36

DURACIÓN

- Fecha de inicio: 15 de Enero 2018 - Final 15 Agosto 2018
- 1.- Formación en las escalas RASS.
 - 2-Reunion en Enero-Febrero del Grupo de Mejora de Calidad para estimar el cumplimiento del registro de escalas.
 - 3.-Reunión en Marzo para plasmar y concretar el algoritmo definitivo para control del dolor y profilaxis de agitación.
 - 4.-Implementación del algoritmo en el programa Informatico Metavisión (antes del 14 de Junio de 2017.
 - 5.- Implementación el 15 de Junio del algoritmo en los pacientes de UCI
 - 6.- De forma progresiva rellenar las hojas de recogidas de datos de los pacientes y a partir del 15 de Agosto de 2017 analizar los datos de forma analítica para obtener conclusiones y evaluar la obtencion de los objetivos deseados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ANA CERRO JUNCOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIRLA OLIVAN MARTA
MENDOZA MURO GEMMA
SOBREVIÀ SOBREVIÀ MARIA JOSE
MONTAÑANA GUZMAN ISABEL
BARA LERA MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Búsqueda Bibliográfica de Enero a Marzo de 2018.No existen check list tipo para revisión de Boxes de UCI, se encuentran varios de diferentes hospitales que no podemos adoptar dado que la infraestructura de nuestra UCI no nos lo permite.
- Diseño de un Check list propio de Abril a Septiembre.
- Consenso sobre el material mínimo que debe contener un Box al ingreso del paciente (se decide un stock tipo para que todos los boxes queden acondicionados con el mismo material).
- Reparto de actividades a realizar por TCAE y por DUE en la reposición y revisión del Box.
- Se decide creación de 2 check list; El primero a rellenar al alta del paciente, tras la limpieza y reposición del mismo, por la TCAE. El segundo a rellenar previo al ingreso del nuevo paciente por el DUE responsable del ingreso, con las actividades que en el check list se especifican.
- Se decide la colocación de la herramienta a cumplimentar en la carpeta de cada BOX en formato papel (fotocopias del check list)
- Durante el mes de Diciembre se forma al personal del servicio implicado para su posterior implementación durante el mes de Enero del año en curso
- Definición de los métodos de evaluación de la herramienta y los criterios de resultado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Formación del 100% del personal de la unidad en la cumplimentación del check list.
- A lo largo del mes de Diciembre se ha formado al personal de la unidad, estando formados el 100% de los implicados en su uso.
- Desarrollo del proyecto: creación de la herramienta de trabajo y definición de los criterios de evaluación. Se implementa el Check list en la unidad durante el mes de Enero y haremos valoraciones periódicas de los resultados durante este año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al no disponer de una herramienta de recogida de datos ni un Stock claro del contenido del Box, nos ha llevado más tiempo del pensado su creación, tras su implementación valoraremos si la herramienta nos proporciona una rutina de trabajo que aumente la seguridad clínica y si la herramienta es capaz de aumentar la seguridad del profesional de que todo está correcto cuando reciba al paciente.

Métodos de evaluación:

El grupo de trabajo realizará mensualmente una revisión de los datos recogidos y un control in situ un de la veracidad de los mismos.

Resultados:

- 1.-Porcentaje de realización del check list Post-alta y pre-ingreso.
- 2.-Porcentaje de cumplimiento de las medidas del Check List .
- 3.-Se realizaran rondas de seguridad mensuales para evaluar el adecuado cumplimiento.

7. OBSERVACIONES.

ADJUNTO MODELO CHECK LIST:

NUMERO DE BOX (RODEAR) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD AL INGRESO EN UCI

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA Y PREVIA AL INGRESO DEL NUEVO PACIENTE

FECHA: TCAE RESPONSABLE DEL ALTA:

Actividades de la auxiliar (Al Alta)

SI

NO

Revisar el estado de limpieza del box, cama hecha y y colchon antiescaras inflado *

Reponer el material de la bandeja: 3 botes de clorhexidina y 1 de alcohol, 4 SF de 10 cc, 2 paquetes de gasas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

y 1 de compresas esteriles, 1 termometro digital, 1 bote de colonia, 1 peine, 1 bote de crema hidratante y 1 bote de corpitol

Soporte de bombas a ambos lados correctamente enchufado y mínimo con 2 bombas a cada lado, 2 de ellas de jeringa

Aspirador de secreciones correctamente montado y conectado a toma de vacio, gusano en el soporte superior en su bolsa y sondas de 2 tamaños en su cubículo

4 botes de sueros de vertido rápido

3 guantes estériles de cada talla (6,5 - 7 - 7,5 - 8)

Toma de oxígeno con flujómetro correctamente conectada a toma de O2, humidificador estéril en su bolsa

Ambú esterilizado con alargadera y filtro en la parte superior del box

1 paquete de electrodos en el lateral del monitor

Existencia de manguito de la tensión, electrodos y pulsioxímetro

Fonendoscopio

*En caso de disponer de más boxes libres y ante el desconocimiento del siguiente ingreso se intentara tener a disposición cama con colchón antiescaras y cama con viscolastica si es posible

FECHA: DUE RESPONSABLE DEL INGRESO:

Actividades de la Enfermera (Previas al ingreso)

SI

NO

Encender el monitor y comprobar el límite de alarmas

Encender el respirador, comprobar su montaje correcto y que ha sido chequeado. Conectarlo a pulmón de prueba

Verificar que las bombas de perfusión se encuentran enchufadas y cargan

Verificar la existencia de ambú

Verificar el funcionamiento del aspirador de secreciones y montaje del gusano si se precisa

Verificar el correcto funcionamiento de la toma de Oxígeno y montar el humidificador

Suero fisiológico purgado y conectado a conexión bilumen y llave de 3 pasos

Si el paciente viene intubado: venda de gasa, compresa, gasas y vaselina para sujeción adecuada del TOT

Preparación de medicación urgente previsible si el ingreso lo precisa**

** SI - cuando sí lo precisa, NO - cuando no lo precisa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

*** ===== Resumen del proyecto 2018/108 ===== ***

Nº de registro: 0108

Título
DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Autores:
CERRO JUNCOSA ANA, LAIRLA OLIVAN MARTA, MENDOZA MURO GEMMA, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, MONTAÑANA GUZMAN ISABEL, BARA LERA MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

RESULTADOS ESPERADOS
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

MÉTODO
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

INDICADORES
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

DURACIÓN
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ANA CERRO JUNCOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAIRLA OLIVAN MARTA
MENDOZA MURO GEMMA
OMEDAS BONAFONTE PAULA
SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE
BUSTAMANTE BARA SILVIA
MONTAÑANA GUZMAN ISABEL
BARA LERA MATILDE
LANAO GIL ROSARIO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo de Enero a Junio el Equipo se reúne en 3 ocasiones, la primera en Enero:
-Coincidiendo con los procesos de movilidad se van de la unidad 2 participantes del proyecto que son sustituidos por otros 2 a comienzos del año 2019:

Cursan baja:

- 1.- Matilde Bara Lera es sustituida por Lanao Gil, Rosario Isabel (TCAE).
- 2.- M^a José Sobrevía Sobrevía es sustituida por Silvia Bustamante Bara (DUE).

Paula Omedas Bonafonte, Residente de 4º curso de intensivos se incorpora al proyecto.

Se inicia la cumplimentación del check list entre los meses Enero a Marzo, se extraen las siguientes conclusiones:
Se recogen 79 check list en 59 días (del 1 de Febrero al 31 de Marzo de 2019)

- Total cumplimentados: 79 (100%).
- Adhesión a la herramienta de auxiliares: 74/79 (93,67%).
- Adhesión a la herramienta de enfermería: 68/79 (86,07%).
- Correctamente cumplimentado (ambas partes y todos los ítems chequeados): 61/79 (77,21 %).
- Veracidad de lo cumplimentado (el día 14 de Marzo se revisan los Boxes para ver si coincide lo reflejado en la herramienta con lo que hay en el Box): Se revisan 5 Boxes vacíos sin paciente con el check list cumplimentado, de éstos en tres coincide lo cumplimentado con la realidad (60%). En dos de ellos no coincide, en uno no se encuentra el tubo burbuja del aspirador, en otro el material de la bandeja no es el acordado en el stock.

Se concluye que:

- Se nos olvida limpiar las cuñas ocasionalmente.
- En alguna ocasión no se ha puesto el tubo burbuja de la aspiración en la balda.
- En algún Box se ha identificado falta de fonendoscopio y ambú.
- A veces el stock de la bandeja no coincide con lo acordado.
- Tendemos a olvidar verificar la correcta conexión de bombas, tienen batería interna y avisan con tiempo antes de descargarse completamente, por lo que no ocasiona incidente, pero han de estar cargadas por si el paciente requiere traslado.
- Los cables de conexión del Digi a los diferentes dispositivos fallan a menudo y precisamos revisarlos para que los datos sean vertidos al programa informático (METAVISION) correctamente.
- La adhesión a la herramienta por parte de las auxiliares ha sido mejor, 93,67% frente al 86,07% de las enfermeras.
- Un 77,21% de los check list estaban bien cumplimentados, de los que NO lo estaban un 92,3% no tenía bien chequeada una de las dos partes y al resto les faltaba algún ítem por marcar.

En el mes de Abril nos reunimos y tras lo observado se deciden las siguientes modificaciones:

- Se añade la palangana para el aseo diario
- Se añaden la cuña y botella y verificar su limpieza para el nuevo paciente
- Se retira la preparación de un suero purgado dado que no conocemos de antemano la prescripción médica.

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA Y PREVIA AL INGRESO DEL NUEVO PACIENTE

FECHA: TCAE RESPONSABLE DEL ALTA:

Actividades de la auxiliar (Al Alta)

SI

NO

Revisar el estado de limpieza del box, cama hecha y y colchon antiescaras inflado *

Reponer el material de la bandeja: 2 jeringas de 10 c.c, 3 botes de clorhexidina y 1 de alcohol, 3 SF de 10 cc, 3 paquetes de gasas y 1 de compresas estériles, 1 termómetro digital, 1 bote de colonia, 1 peine, 1 bote de crema hidratante y 1 bote de corpitol

Soporte de bombas a ambos lados correctamente enchufado y mínimo con 2 bombas a cada lado, 2 de ellas de jeringa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE

Aspirador de secreciones correctamente montado y conectado a toma de vacío, tubo burbuja en el soporte superior en su bolsa y sondas de 2 tamaños en su cubículo.

4 botes de sueros de vertido rápido, palangana para el aseo diario

3 guantes estériles de cada talla (6,5 - 7 - 7,5 - 8)

Toma de oxígeno con flujómetro correctamente conectada a toma de O2, humidificador estéril en su bolsa, gafas nasales y mascarilla Venturi.

Ambú esterilizado con alargadera y filtro en la parte superior del box

1 paquete de electrodos en el lateral del monitor

Existencia de manguito de la tensión, fonendoscopio, cables multifunción y pulsioxímetro conectados al monitor

Cuña y/o botella limpia disponible para Box

*En caso de disponer de más boxes libres y ante el desconocimiento del siguiente ingreso se intentará tener a disposición cama con colchón anti escaras y cama con viscolástica si es posible

FECHA: DUE RESPONSABLE DEL INGRESO:

Actividades de la Enfermera (Previas al ingreso)	SI	NO
Encender el monitor y comprobar el límite de alarmas		
Encender el respirador, comprobar su montaje correcto, que ha sido chequeado y chequear equipo (tubuladuras). Conectarlo a pulmón de prueba		
Verificar que las bombas de perfusión se encuentran enchufadas y cargan		
Verificar la correcta conexión de los dispositivos al Digi y que éste pasa los datos al ordenador central		
Verificar la existencia de ambú		
Verificar el funcionamiento del aspirador de secreciones y montaje del tubo burbuja si se precisa		
Verificar el correcto funcionamiento de la toma de Oxígeno y montar el humidificador		
Si el paciente viene intubado: venda de gasa, compresa, gasas y vaselina para sujeción adecuada del TOT		
Preparación de medicación urgente previsible si el ingreso lo precisa**		

** SI - cuando sí lo precisa, NO - cuando no lo precisa

El día 9 de Septiembre se revisan 7 Boxes sin paciente para comprobar su estado (Periodo Vacacional con nuevo personal contratado):

- El 90% (6 de 7) tienen todo el material como corresponde.

- El Box nº 7 presenta las siguientes deficiencias:

* No tiene tubo burbuja para el sistema de aspiración de secreciones

* Faltan guantes estériles de los números 7 y 7,5.

* Los sueros de vertido rápido están colocados pero no en el lugar que les corresponde.

El mismo día revisamos los 3 Boxes ocupados y se verifica que los datos pasan correctamente, las bombas están cargando, todos tienen ambú, fonendo y todo el material del stock acordado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desarrollo del proyecto: Creación de un check list de verificación de Boxes inédito.

- Creación de la herramienta de trabajo en formato papel.

- Definición de los criterios de evaluación.

- Formación del 100% del personal de la unidad en su cumplimentación.

- Implementación y recogida de datos.

- Conclusiones obtenidas e incorporación del check list a los nuevos protocolos de acogida para el personal de nueva incorporación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la herramienta se ha logrado estandarizar en la unidad un stock básico de material en cada BOX, así como la incorporación de una dinámica de revisión previa al ingreso del nuevo paciente.

Nos parece fundamental garantizar la seguridad del paciente y a través de estas pequeñas rutinas minimizamos los riesgos derivados del fallo humano.

El objetivo de la herramienta ha sido en todo momento crear un hábito en el personal de enfermería, algo que el equipo de mejora damos por logrado.

Dado que la dinámica de las unidades no es fija y continuamente existe movilidad de personal, creemos conveniente que este trabajo no se quede aquí sino que sea extensible a nuevos proyectos, entre ellos la actualización de las guías de acogida al personal de nueva incorporación, tanto de DUEs como de TCAEs, es por esto que se va a incorporar el check list diseñado a las mismas.

7. OBSERVACIONES.

Como envié una segunda memoria de seguimiento no he creído conveniente extenderme demasiado en esta última memoria final.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/108 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Nº de registro: 0108

Título
DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Autores:
CERRO JUNCOSA ANA, LAIRLA OLIVAN MARTA, MENDOZA MURO GEMMA, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, MONTAÑANA GUZMAN ISABEL, BARA LERA MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

RESULTADOS ESPERADOS
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

MÉTODO
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

INDICADORES
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

DURACIÓN
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0275

1. TÍTULO

HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SANDRA BESCOS VAQUERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALASTUEY LOPEZ LOURDES
ALFARO ESCARTIN MARGARITA
BUESA PUEYO SUSANA
GIL ALOS ANA
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE
MATEO CREMALLET ANA
POLO MARTINEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019, se realizaron 4 reuniones según el cronograma, además de comunicaciones mediante email y whatsapp con la participación de todos los integrantes del grupo.

1º.- Marzo 2019: - Reformación del grupo y presentación de los nuevos integrantes. Se cursa baja de las integrantes Gemma Mendoza Muro e Inmaculada Albar Vives por cambio de Unidad. Se incorporan al grupo Lourdes Alastuey López, Susana Buesa Pueyo, Ana Gil Alós y Ana Mateo Cremallet.

- Se obtiene la aprobación por la Comisión de Calidad de la Hoja Informativa (Tríptico) y la Guía de Acogida a familiares ingresados en la UCI elaborados en el año 2018, que estaba pendiente.

2º.- Mayo 2019: - Sesión informativa al equipo de la UCI (TCAES, enfermeras y médicas) dando a conocer la nueva Hoja Informativa, que sustituye a la anterior, y que se continuará entregando de igual manera a todos los acompañantes/familiares al ingreso en la UCI.

El 21 de mayo de 2018, se inicia el reparto del nuevo Tríptico a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. El tríptico contiene la información más relevante sobre los horarios de visitas, normas básicas de la Unidad, higiene de manos, sala de espera y el teléfono de contacto.

3º.- Octubre 2019: - Creación de dos subgrupos para el reparto de tareas: Informar al equipo de la implantación de la Guía y valoración de las encuestas de satisfacción. Margarita Alfaro, Lourdes Alastuey, Marta Polo y Sandra Bescós se encargan de informar al personal de la UCI acerca de la Guía de Acogida y Susana Buesa, Ana Gil, Mª José Lairla y Ana Mateo de la valoración de las encuestas de los familiares.

La Guía de Acogida proporciona información comprensible, citando las características, normativa y funcionamiento de la UCI para caminar hacia una relación óptima familia-paciente-profesionales.

Las UCI suelen ser lugares donde la tecnología y la efectividad práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana.

Medir la satisfacción familiar está influida por múltiples factores, que incluyen el cuidado del paciente, las condiciones ambientales (box, ruido, iluminación) la información dada acerca del proceso que presenta, comprensión de las explicaciones, el grado de cohesión del equipo, la organización intrínseca de la unidad y el apoyo prestado durante el proceso de la toma de decisiones.

Las encuestas de satisfacción a pacientes y familiares son anónimas y voluntarias. Se entregan al alta (o 24h antes) en estancias de más de 24h. Tras su cumplimentación, se depositan en un buzón que está situado en la sala de espera de los familiares de la UCI (2ª planta HSJ). Se excluyen exitus e ingresos inferiores a 24h.

- Medición del contenido de las encuestas.

- Revisión de la estructura de las encuestas a través Formulario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit@ FS-ICU, Proyecto HU-CI y adaptación a nuestra Unidad.

- Elaboración de códigos QR como soporte digital extra.

- Continuación con la propuesta de tener una Guía en la sala de espera de los familiares UCI a color y en formato papel.

4º.- Diciembre 2019: - Sesiones informativas sobre la composición de la Guía impartidas por los miembros del grupo de trabajo, mediante exposición con medios audiovisuales (Power Point) en grupos reducidos 5-6 personas del equipo UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Número de profesionales formados /número total de profesionales x 100. Estándar > 80%.

A través de sesiones con un número reducido de asistentes (5-6) se consigue informar al mayor número de miembros del equipo UCI, incluyendo los de nueva incorporación al servicio. Existen trabajadores que por situaciones personales no se encuentran en activo en el momento de las sesiones, quedando pendiente recibirlas cuando se incorporen.

- Número de Trípticos entregados/número de ingresos x 100. Estándar > 80% (desde el inicio).

Seleccionamos una muestra aleatoria de 50 de 233 ingresos. El 74% de registros figuran como trípticos entregados. 26% no está registrado o no hay familia en el momento del ingreso del paciente.

-Valoración del nivel de satisfacción al alta de los familiares y pacientes. Estándar > 80%.

Desde el 21 mayo 2019 a 31 diciembre 2019, hubo un total de 233 ingresos en la UCI del Hospital San Jorge. En las 50 encuestas valoradas de los pacientes, el grado de satisfacción es de 8,7 (escala 1 a 10). De un total de 50 encuestas de pacientes revisadas, 48% puntuaron la máxima nota y el 22% con la segunda mayor calificación.

En cuanto a los familiares, valoraron las condiciones ambientales (escala 1 a 10). 48% puntuó el ruido con 9

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0275

1. TÍTULO

HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

y 10. El 30% puntuó con la máxima nota la iluminación. 56% la comodidad de su familiar en la UCI. Registramos 21 observaciones en referencia al aire acondicionado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El ingreso de un paciente en la UCI supone una desestructuración total del núcleo familiar, no solo desde un punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico y emocional. Si se considera a la familia como un conjunto donde todos y cada uno de sus miembros están interrelacionados, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

Los objetivos planteados van en la dirección de mejorar y minimizar el gran impacto que supone el ingreso, tanto para el paciente ingresado como para su familia a través de la Acogida.

La aplicación de la nueva Hoja informativa y Guía son herramientas para proporcionar conocimientos y mejorar la comprensión del proceso de salud. El porcentaje de Trípticos no entregados puede ser debido a que no hay familia al ingreso, que se trate de un reingreso y por lo tanto ya conocen las normas de la Unidad, o que se haya entregado y no clicado en el sistema informático de registro.

Según M.S. Holanda Peña, la satisfacción de los pacientes es un factor para determinar la percepción del usuario respecto a la calidad de los cuidados recibidos. La evaluación de la satisfacción es muy complicada cuando se trata de pacientes ingresados en la UCI. El grado de satisfacción de los familiares y de los propios pacientes ingresados en la UCI es elevado.

El equipo de la UCI es una pieza clave en proporcionar soporte a los familiares del paciente ingresado en su Unidad.

Los profesionales estamos en continuo aprendizaje científico y tecnológico, junto con las relaciones personales y la calidad humana, para proporcionar cuidados de alta calidad y adaptarnos a las necesidades de la sociedad actual. La arquitectura sanitaria también se adapta y evoluciona. Disminuir los niveles de ruido, mejorar la iluminación, aumentar la comodidad del paciente están dentro de nuestros objetivos a alcanzar. Todo ello mejora cualitativamente el proceso de curación, el acompañamiento de los pacientes y el trabajo del día a día por parte del personal.

Seguimos involucradas, trabajando en el proceso de mejora de las encuestas a familiares y pacientes empezado este año y elaborando una customización del programa informático de registro para volcar los datos.

Este proyecto iniciado en el 2018 ha servido para dar a conocer al equipo el Proyecto Internacional para la Humanización de los Cuidados Intensivos: Proyecto HU-CI. Pretendemos tener continuidad en el tiempo, manteniendo esta línea de trabajo y adquirir la hoja de ruta del Proyecto HU-CI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/275 ===== ***

Nº de registro: 0275

Título
HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

Autores:
BESCOS VAQUERO SANDRA, POLO MARTINEZ MARTA, LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE, ALFARO ESCARTIN MARGARITA, ALASTUEY LOPEZ LOURDES, GIL ALOS ANA, MATEO CREMALLET ANA, BUESA PUEYO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos y sus acompañantes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad.

Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0275

1. TÍTULO

HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort.

La acogida de la familia mediante la entrega de un tríptico informativo elaborado en año pasado donde se explican cuidadosamente las características, normativa y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia con el ingreso de la persona en UCI

RESULTADOS ESPERADOS

Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.

- Mejorar el grado de satisfacción de las familias y del paciente al alta del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.
- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

MÉTODO

El grupo de trabajo "HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE" integrado por una representación de la Unidad de Cuidados Intensivos se encargará de:
- Presentar a la Comisión de Calidad los diseños del protocolo de acogida a familiares ingresados en la UCI y la guía elaborados el año 2018

- Presentar en el servicio el protocolo de acogida a familiares ingresados en nuestra unidad y la guía elaborados el año 2018 una vez hayan sido aprobados, antes de su puesta en marcha
- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados
- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa
- Valoración del nivel de satisfacción al alta de familiares y pacientes por parte de un grupo que representará a los colectivos de nuestra unidad

INDICADORES

- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar >80%
- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)
- Resultado de las encuestas de satisfacción entregadas a familiares y pacientes

DURACIÓN

Modificación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la programación de la docencia a la unidad. Revisión de las encuestas de satisfacción cada cuatro meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0280

1. TÍTULO

DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO JOSE EITO ARNAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAZ DE HOYOS MARTA EUGENIA
BUESA ESCAR ANA MARTA
CABALLERO NUÑEZ SONIA
FRECHIN PERTUSA RAUL
MARIN IBAÑEZ MARIA
PUYUELO CALVO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Conformación del grupo de trabajo el 17/2/19, decidiéndose que el núcleo de seguridad esté integrado por Antonio José Eito Arnal y Marta E. Arnaz de Hoyos.
-Reuniones de carácter trimestral del grupo durante el 2019, con un total de 3, además de llevar a cabo comunicaciones vía telemática, alcanzando una participación de todos los miembros.
-Se cursa baja de la integrante del proyecto María Jiménez Ríos, por su situación laboral, no habiendo sustitución de la misma.
-Implantación en el programa METAVISION de un nuevo ítem (denominado "registro de efectos adversos: SINASP") en el check list previo a la valoración: en cada turno se valora la posible existencia de cualquier factor que pueda influir en la seguridad del paciente.
-Elaboración de una GUÍA PARA LA DECLARACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROGRAMA SINASP. Un documento que se deja en el control de la unidad para que todo el personal sanitario sepa manejar el programa de forma autónoma y eficaz.
-Incentivación, animación y tutorización durante el 2019 para el acceso y cumplimentación del curso denominado "Seguridad del Paciente y Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente para Hospitales".
-Exposición en el tablón de anuncios de la unidad de los resultados SINASP de los últimos 3 años, así como comunicación mediante correo electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Formación del personal del servicio sobre el uso del programa SINASP.

El 90% del personal de la unidad ha realizado alguna edición de los cursos que ofrece el SINASP, adquiriendo durante el proceso las habilidades necesarias para una correcta detección, monitorización y valoración de incidentes adversos.

- Monitorización sistemática de incidentes.

Durante el año 2018 se registraron en la unidad 29 notificaciones de eventos adversos. En comparación, durante el presente año en el que se han registrado 39. Se observa un incremento del 34,48% de incidentes registrados..

- Identificación de los incidentes más comunes.

Los datos reflejados en el listado de incidentes proporcionados por el gestor del sistema indican que los más repetidos durante el 2019 son los relacionados con "equipos/dispositivos", con una frecuencia relativa del 31,11%, siendo el segundo el referenciado a "procedimientos terapéuticos" con un 13,33%.

- Evaluación continua/feedback entre incidente-plan de acción (corrección) y pauta sistemática de información entre profesionales.

Comunicación continua entre el personal durante los cambios de turno sobre los incidentes ocurridos y los planes de acción llevados a cabo quedando reflejados en el parte de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

- Con los resultados obtenidos sobre el incremento de notificaciones queda constancia de la adquisición por parte del personal de una cultura de seguridad para el paciente.
- Es reseñable el incremento en el registro de situaciones con capacidad de causar un incidente, habiéndose incrementado dicho registro en un 500% durante el 2019.
- En el resumen de notificaciones queda reflejado que Enfermería es la categoría profesional que ha registrado todos los eventos durante el año 2019.
- Teniendo en cuenta el aumento del registro de eventos del año 2018 al 2019, se constata que según la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0280

1. TÍTULO

DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI

"gravedad de las consecuencias para los pacientes afectados", "factores contribuyentes" y en los "incidentes según tipo" la clasificación porcentual de los eventos es siempre la misma.

Recomendaciones:

- Ante la imposibilidad de registrar la totalidad de los incidentes ocurridos durante el turno, debido a la carga de trabajo, el núcleo de seguridad de la unidad en el 2020 pondrá a disposición del personal un registro para conseguir la notificación del mayor número de eventos adversos posible.
- Para evitar pérdidas de registro de eventos recomendamos cumplimentar el nuevo ítem de "registro de efectos adversos: SINASP" del check list de la valoración al finalizar el turno de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

- Debido a la rotación de personal y las características del servicio es un impedimento para que el 100% de la plantilla actual esté formada sobre el uso del programa, lo cual no interfiere para que se haya conseguido un incremento en la utilización del mismo con un resultado de mayor número de incidentes registrados, y un aumento de profesionales que notifican.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/280 ===== ***

Nº de registro: 0280

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES ADVERSOS EN UCI

Autores:
EITO ARNAL ANTONIO JOSE, FRECHIN PERTUSA RAUL, CABALLERO NUÑEZ SONIA, BUESA ESCAR ANA MARTA, ARNAZ DE HOYOS MARTA EUGENIA, PUYUELO CALVO EVA, JIMENEZ RIOS MARIA, MARIN IBAÑEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA CRITICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el transcurso del trabajo habitual en una UCI pueden ocasionarse incidentes no desados/no previsibles que son susceptibles de alcanzar al paciente/provocar daño. Mediante la monitorización de estos incidentes y su posterior análisis se pretende identificar los más habituales y el daño real/potencial que llega a los pacientes. Actualmente el uso del sistema SINASP es escaso, fundamentalmente por renovación del personal y la falta de formación e información, sobre su utilización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formación del equipo sobre el uso del programa sinasp
- Monitorización sistemática de incidentes
- Identificación de incidentes más comunes
- Evaluación continua/feed back entre incidente-plan de acción (corrección)
- Lograr una pauta sistemática de información entre profesionales

MÉTODO
- programa sinasp/formación curso sinasp
- comunicación continua y sistemática entre profesionales en cambios de turno.
- reunión anual para exposición de resultados y objetivos: " ronda de seguridad"
- publicación de resultados en la unidad
- integrar en el check list de cada paciente un ítem específico que recuerde la necesidad de valorar en cada turno la posible existencia de eventos adversos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0280

1. TÍTULO

DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI

INDICADORES

- Numero de comunicaciones al programa sinasp (número de notificaciones > año anterior)(estándar y límites pendientes de definir)
- Numero de personas que realizan el curso de formación

DURACIÓN

- Revisión continua según el grado de frecuencia de aparición de un evento.
- 1.- sesion/es de formación e información: primer trimestre
 - 2.- crear nucleo de seguridad de la Unidad (2-4 personas) (primer trimestre)
 - 3.- Reunion de análisis de los incidentes notificados y/o los más importantes: semestral
 - 4.- Información anual de resultados mediante reunión de los miembros del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ARANZAZU LANDER AZCONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA

CERRO JUNCOSA ANA

BUESA ESCAR ANA MARTA

FRECHIN PERTUSA RAUL

POLO MARTINEZ MARTA

LAIRLA OLIVAN MARTA

ALFARO ESCARTIN MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para su puesta en marcha se han realizado las siguientes medidas:

Se ha nombrado un equipo coordinador. En el equipo están presentes técnicos de Cuidados Auxiliares de la Unidad, Enfermeras de la Unidad y una de ellas es la Supervisora de Enfermería y un Facultativo Especialista de Area de Medicina Intensiva como coordinador.

Posteriormente y tras una revisión bibliográfica se han realizado reuniones periódicas de todo el equipo previas a la implantación (3 octubre 2018, 3 noviembre 2018, 3 diciembre 2018) y durante el proyecto (15 enero 2019, 15 marzo 2019, 15 junio 2019, 15 septiembre 2019, 15 diciembre 2019). En las reuniones previas al proyecto se realizaron talleres participativos del equipo de mejora de discusión y debate sobre el tema y se analizan las barreras institutivas y organizativas, las derivadas del protocolo, las derivadas de la complejidad de los indicadores y las derivadas de la formación y comunicación y se plantearon soluciones y se elaboraron unas conclusiones. Posteriormente se elabora el cronograma y actuaciones a realizar (formación, protocolo sondaje, elaboración de check list inserción e indicación de sondaje, cuidados de mantenimiento de la sonda y planteamiento de retirada, modificación de la Historia informatizada para rellenar los datos).

Se han implementado las siguientes medidas:

- Meses de Noviembre y Diciembre de 2018: Formación en grupos de 3-4 personas en sus turnos de trabajo de todo el proyecto para conocer su importancia, los objetivos y las nuevas medidas a adoptar. Se ha formado al 100% de la plantilla tanto de Facultativos Especialistas de Area, como residentes en formación de Medicina Intensiva como Enfermeras como Auxiliares. Todas las personas que se han incorporado a partir de Diciembre 2018 también han sido formadas como posterioridad. La Formación se realiza de forma presencial con presentación power point y vídeos. Posteriormente hay una formación on line individual y tras la formación cada uno realiza un examen y posteriormente se obtiene un diploma avalado por la Comisión de Formación Continuada si se ha superado el examen. Posteriormente se ha realizado un registro por la Dra Lander: el 100% de la plantilla ha realizado la formación presencial y el 92% de la plantilla tiene superado el examen on line.

- El equipo responsable del proyecto ha elaborado un nuevo protocolo de sondaje urinario, este protocolo ha sido consensuado con el Servicio de Urología de este Centro y tras su aprobación es el protocolo hospitalario de sondaje y está colgado en la Intranet desde Abril de 2019. Este protocolo sigue todas las recomendaciones del proyecto.

- Para la implementación de este proyecto el equipo responsable ha elaborado una serie de medidas tanto en la inserción como en el mantenimiento del sondaje uretral. Para su puesta en marcha se ha realizado una modificación de nuestro programa informático. Para su cumplimiento se ha elaborado un check list de inserción que se ha incorporado en la historia Clínica Informatizada de la UCI. Asimismo se han elaborado una serie de medidas de mantenimiento de la sonda que también se han incorporado en la Historia Clínica Informatizada. Tanto las Auxiliares como las enfermeras tienen que rellenar por turno o por día estas medidas asegurándose su cumplimiento. Esto ha supuesto un aumento de su carga de trabajo pero también una forma nueva de trabajar asegurando al cumplimiento. También Enfermería se plantea diariamente si el enfermo necesita la sonda y se registra en la Historia. Por lo tanto todas las medidas del proyecto están incluidas en las lista de tareas de Enfermería y Auxiliares y registradas en la Historia informatizada desde el 1-01-2019.

- Las medidas propuestas se agrupan en 5 paquetes de medidas:

1. USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL

1.a- Utilizar sonda uretral sólo cuando esté indicado, con sistema de circuito cerrado y puerto para toma de muestras. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]

1.b- Retirar la sonda uretral cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicación. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]

2. INSERCIÓN ADECUADA DE LA SONDA URETRAL

2.a- Realizar higiene de manos inmediatamente antes y después de la inserción o de cualquier manipulación de la sonda uretral. [Nivel de evidencia I; Nivel de recomendación A]

2.b- Utilizar una técnica estéril de inserción. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B]

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

3. MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL

3.a- Mantener siempre cerrado el sistema colector (sonda uretral, tubo de drenaje y bolsa colectora). [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]
3.b- Mantener el flujo de orina libre sin obstáculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B]

4. GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

4.a- Los profesionales sanitarios debe recibir formación específica sobre la inserción y mantenimiento de la sonda uretral. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A] 4.b- Los protocolos de inserción y mantenimiento de la sonda uretral deben revisarse y actualizarse, cada 3 años y/o cuando se publique nueva evidencia. [Nivel de evidencia III; Nivel de recomendación A]
4.c- La necesidad de mantener feed-back con los profesionales sanitarios. Los coordinadores de la unidad informarán periódicamente al personal sobre las tasas de ITU-SU. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B]

5. NO HACER

5.a- Utilizar antisépticos y antibióticos en la higiene diaria. [Nivel de evidencia I; Nivel de recomendación B]
5.b- Usar antimicrobianos profilácticos en la inserción, mantenimiento o retirada de la sonda uretral. [Nivel de evidencia III; Nivel de recomendación A]
5.c- Cambiar de forma rutinaria y periódica la sonda uretral. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]
5.d- Realizar lavados vesicales. [Nivel de evidencia I; Nivel de recomendación A]
5.e- Tomar cultivos si no se sospecha infección, excepto para estudios de colonización. [No evidencia; Nivel de recomendación B]
- El check list de inserción se realiza a todos los pacientes que ingresan en UCI y se les ha realizado el sondaje en UCI. Las medidas de mantenimiento se realizan a todos los pacientes de UCI con sonda urinaria por turno y tanto auxiliares como enfermeras registran su cumplimiento por turno y el planteamiento de retirada se realiza diariamente por Enfermería. Además Enfermería también registra la indicación del sondaje.
- En la Historia Informatizada aparece un icono con el Holograma ITU ZERO donde cualquier persona que trabaje en UCI puede consultar las dudas porque está la información sobre inserción, mantenimiento y retirada del catéter.
- Los datos de proyecto se recogen a través de la Base de datos ENVIN HELICS, todos los pacientes ingresados en UCI se registran en esta base de datos que es una base Nacional y Europea de registro de Infecciones en UCI. El medico coordinador (Dra Lander) es la responsable de rellenar los datos. Además mensualmente o trimestralmente se hacen estudios de prevalencia de las medidas y es el médico coordinador del proyecto el que con los datos registrados por Auxiliares y Enfermería en la Historia Clínica el que registra y analiza los datos.
- De forma mensual se comunica a la Unidad los datos obtenidos del estudio y en las reuniones del equipo de mejora se analizan esos datos.
- En este proyecto se ha implicado a todos los profesionales de la Unidad, asimismo se ha realizado sesiones a nivel Hospitalario para presentar el nuevo protocolo de sondaje urinario y el proyecto ITU Zero. Este proyecto está dentro de un proyecto nacional de todas las UCIs de España y hay un grupo autonómico dirigido por un Coordinador (Dr Corchero), Facultativo Especialista de Area de Medicina Intensiva y en el que están los Coordinadores de Cada Unidad, en nuestro caso La Dra Lander y también la Supervisora de Enfermería: Maria Eugenia Lacostena. Durante este año ha habido 3 reuniones a nivel autonómico (12 febrero 2019, 16 Junio 2019 y 17 Diciembre 2019) para ver el desarrollo del proyecto y sus resultados. Nuestros datos están incluidos dentro de la base de datos nacional y avalada por el Ministerio de sanidad y Consumo.
- En este proyecto se incluye a todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en la UCI de nuestro hospital y que llevan una sonda urinaria colocada en la UCI o no. Si la sonda se coloca en UCI se realiza el Check list de inserción. En todos los pacientes con sonda urinaria se registra cual es su indicación, se realizan las medidas de mantenimiento que quedan registradas en la Historia Informatizada y en todos se realiza planteamiento diario de retirada de la sonda por enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación resultados:

Se realiza por medio de los indicadores recogidos a través de la base de Datos ENVIN y de los estudios de prevalencia recogidos de la Historia Clínica Informatizada realizados según el indicador de forma mensual o trimestral. Todos los datos son recogidos por la Dra Lander, coordinadora del proyecto.
.- El objetivo principal de este proyecto es reducir la densidad de incidencia de infecciones urinarias por 1000 días de sonda urinaria a menos de 2.7 episodios por 1000 días de sonda. Desde el 01-01-2019 hasta el 31-12-2019 las densidad de incidencia es de 2.34 episodios por 1000 días de sondaje cumpliendo el objetivo principal. El porcentaje de pacientes con infección relacionada con sonda urinaria respecto al total de pacientes ingresados es de 1.04% . Ambas tasas están dentro de objetivo. Estos dos indicadores se registran a través de los datos introducidos en la base de datos ENVIN y los analizamos de forma mensual.
.- Objetivos secundarios:
1.- Reducir el ratio de utilización de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto al total de estancias a menor o igual a 0.7. Nuestro ratio de utilización es de 0,87 no cumpliendo el objetivo a pesar de realizar un planteamiento de retirada. Tanto a nivel nacional como autonómico no se ha cumplido el objetivo y nuestros pacientes están sondados el 87%, también debido a la gravedad del paciente que obliga a una monitorización estrecha de la diuresis, en nuestra UCI hay pocos enfermos coronarios (6%) que no suelen precisar sondaje y muchos enfermos postquirúrgicos (40%) que precisan sondaje.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

2.- Reducción de los antimicrobianos utilizados en el tratamiento de las infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral respecto al total de los utilizados para tratar infecciones asociadas a otros dispositivos (neumonía asociada a ventilación y bacteriemias por catéter) un 10%. En nuestra Unidad se ha reducido un 10,8% cumpliendo el objetivo. Lis datos se han recogido a través de la base de datos ENVIN.

3.- Porcentaje de profesionales sanitarios con formación específica en el proyecto ITU -ZERO. La dra Lander ha realizado la formación y recogida de datos. El 100% de la plantilla se ha formado en el proyecto y el 92% ha superado el examen de formación on line.

4.- Además se han registrado otros indicadores:

- Número de pacientes con indicación de sondaje uretral correcta respecto al número total de pacientes con sonda x 100. Objetivo > 80%.
- Número de pacientes portadores de sonda insertadas en UCI con check list de inserción realizado en UCI respecto al número total de pacientes con sonda insertada en UCI x 100. Objetivo > 80%.
- Número de medidas realizadas del listado de verificación de inserción de sonda urinaria respecto al número de medidas de inserción del check list de inserción x 100. Objetivo > 80%.
- Número de medidas realizadas de mantenimiento de sonda urinaria respecto al número total de medidas de mantenimiento x 100. Objetivo > 60%.
- Número de pacientes portadores de sonda urinaria con criterios de retirada respecto al número total de pacientes con sonda x 100. Objetivo < 20%.

Todos ellos se realizan de forma trimestral con estudio de prevalencia y utilizando el listado de inserción, mantenimiento y planteamiento diario de retirada. Todos los estándares se han cumplido, por lo que la puesta en marcha de los listados y su asignación a Enfermería y Auxiliares y posterior registro ha ayudado a su cumplimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Todos los objetivos se han cumplido salvo el ratio de utilización de sonda urinaria, que creemos que es difícil de cumplir en nuestra UCI por el tipo de paciente y su gravedad que hace que nuestros pacientes tengan que llevar sonda urinaria, pero a pesar de el alto ratio de utilización el objetivo principal de menos de 2.7 episodios de infección por 1000 días de sondaje se ha cumplido con el beneficio para nuestros pacientes al disminuir una de las infecciones relacionadas con nuestros dispositivos y con la disminución de la morbimortalidad asociada.

- Como todos nuestros proyectos Zero tras su implantación, las medidas implantadas se han asumido en la práctica diaria con la implicación de todo el personal y han mejorado nuestra forma de trabajar con el consiguiente beneficio para el paciente y la introducción de datos a través de la Historia informatizada ha mejorado el registro de los check list de inserción y mantenimiento y retirada.

- La formación continua es fundamental para conseguir la correcta implantación del proyecto y su mantenimiento en el tiempo. El proyecto en la actualidad continua hasta el 20 de Abril de 2020, pero en nuestra UCI debemos seguir posteriormente con las mismas medidas y cumplimiento para mantener tasas bajas de infección. Conseguir que nuestros profesionales interioricen como propios el proyecto garantiza el éxito y la viabilidad a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

Como en todos los proyectos Zero tenemos que seguir trabajando por nuestros pacientes

*** ===== Resumen del proyecto 2019/556 ===== ***

Nº de registro: 0556

Título
PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores:
LANDER AZCONA ARANZAZU, LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, CERRO JUNCOSA ANA, BUESA ESCAR ANA MARTA, FRECHIN PERTUSA RAUL, POLO MARTINEZ MARTA, LAIRLA OLIVAN MARTA, ALFARO ESCARTIN MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo paciente ingresado en UCI con cualquier patología que precise la colocación de una sonda uretral

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un grave problema de salud pública a nivel mundial. Las Infecciones del tracto urinario (ITU) son IRAS frecuentes y producen aumento de morbimortalidad..

Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral (SU) en algún momento de su estancia. El 70% de las ITU están asociadas con el uso de sonda uretral (SU). El ratio de utilización es UCI es del 0,86 (ENVIN-UCI 2016). El 95% de las ITU-SU ocurren en UCI.

Hasta 65%-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Desde la implementación de los proyectos BZ, NZ y RZ se ha producido una reducción de la tasa de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral del 12,4%, sin embargo continua siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3,75 ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Se ha realizado una revisión bibliográfica y se han elaborado una serie de recomendaciones de inserción, mantenimiento y retirada de la sonda uretral con el objetivo principal de disminuir las tasas de incidencia de infecciones relacionadas con el sondaje uretral.

Nuestra unidad como en los anteriores proyectos Zero se ha sumado a este proyecto con el objetivo de disminuir nuestras tasas de infección relacionada con la sonda uretral. Por lo tanto a lo largo del de este año se va empezar el proyecto tras haber elaborado un nuevo protocolo de sondaje, una formación previa del personal y una modificación de nuestro programa informático para poder registrar las medidas realizadas en la inserción, cuidados y retirada de la sonda.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal:

- Reducir la media del sistema nacional de salud de la densidad de incidencia (DI) de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a = 2,7 episodios.

Objetivos secundarios:

- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias, a = 0,7.
- Reducción de los antimicrobianos utilizados en el tratamiento de las ITU-SU respecto el total de los utilizados para tratar infecciones asociadas a dispositivos a lo largo del periodo de estudio.
- Formación específica en el "Proyecto ITU-ZERO" de = 80% del personal asistencial de las unidades participantes en el proyecto.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

MÉTODO

- Elaboración de un nuevo protocolo de sondaje.
- Formación presencial en pequeños grupos a todo el personal de la UCI y posterior formación on line.
- Elaboración de paneles con las nuevas recomendaciones en la UNIDAD.
- Implementación en el programa informático de las nuevas recomendaciones de inserción, mantenimiento y retirada para su cumplimiento y registro.
- Recogida de datos en la Base de datos ENVIN.
- Comunicación mensual de las tasas de infección al personal de la UCI.

INDICADORES

- Densidad de incidencia de infección del tracto urinario asociada a sonda uretral por 1000 días de dispositivo
- Porcentaje de pacientes con infección del tracto urinario asociada a sonda uretral respecto al total de pacientes analizados
- Ratio de utilización de sonda uretral.
- Antimicrobianos indicados para el tratamiento de la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral respecto el total de antimicrobianos indicados en el tratamiento de las infecciones asociadas a dispositivo.
- Porcentaje de profesionales sanitarios con formación específica en el Proyecto "ITU-ZERO".

DURACIÓN

Fecha de Inicio Enero 2019
Fecha de finalización Abril 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Noviembre - Diciembre 2018 formación presencial del personal de UCI Y RELIZACIÓN DE UN CURSO DE FORMACIÓN ON LINE
Diciembre- Enero 2018 realización nuevo protocolo de sondaje urinario del hospital y ratificación por la Comisión de Calidad
Diciembre 2018: incorporación a nuestra base de datos check list y cuidados de inserción y mantenimiento de la sonda.
Enero 2019 - Abril 2020: puesta en marcha del proyecto con la realización de las nuevas medidas y recogida de los datos en la base de datos ENVIN HELICS y análisis mes a mes con información de las tasas de infección al personal de la UCI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Fecha de entrada: 23/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
CALVO BEGUERIA EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se inició en el mes de septiembre de 2016, instaurándose una consulta específica de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular (presencia de dos o más factores de riesgo vascular), atendidos por especialistas de Dermatología y Medicina Interna. Todos han cumplido los criterios de selección. A todos ellos se les ha realizado en la primera visita: cuestionarios pertinentes, ficha inicial, historia clínica completa, recogida de datos sobre tratamiento habitual, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, exploración física completa, solicitándose exploraciones complementarias pertinentes y realizándose cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE. A cada uno de ellos se les administró una Hoja de Información que explica la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus datos.
Se han planificado revisiones cada 3, 6, 9 y/o 12 meses, en función de las necesidades del paciente. En la actualidad se han revisado a los 6 meses un total de 11 pacientes, estando pendientes de revisión el resto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Objetivo: Valorar pacientes con psoriasis y riesgo vascular en la Unidad Dermatología-Medicina Interna. Indicador: número de pacientes con psoriasis y comorbilidades valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna (desde septiembre de 2016 hasta noviembre de 2017): 29
2. Objetivo: Realizar seguimiento de los pacientes en la consulta. Indicador: Número de pacientes a los que se realiza seguimiento a los 6 meses: 11
3. Objetivo: Modificar tratamiento cuando sea preciso. Indicador: Pacientes a los que se les modifica tratamiento (farmacológico) durante este seguimiento: 9. Pacientes a los que se les modifica tratamiento (de estilo de vida) durante este seguimiento: 11
4. Objetivo: Calcular el riesgo cardiovascular de los pacientes de la consulta mediante SCORE. Indicador: Cálculo del riesgo cardiovascular: en 29 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que dada la alta comorbilidad de esta enfermedad, la atención integral del paciente psoriásico requiere un enfoque multidisciplinar. Por ello el trabajo coordinado de especialistas en Dermatología y Medicina Interna desde esta consulta específica puede mejorar sustancialmente la evolución de la psoriasis y de sus complicaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes.
Durante el próximo año están programadas las revisiones pertinentes para los pacientes incluidos y se prevé que aumente el número de sujetos en la consulta.

7. OBSERVACIONES.
Continuar desarrollando la consulta específica de Psoriasis-Medicina Interna.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/292 ===== ***

Nº de registro: 0292

Título
UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Autores:
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, OMISTE SANVICENTE TERESA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, CALVO BEGUERIA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Otro Tipo Patología: Enfermedades metabólicas y cardiovasculares
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 psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que en España tiene una prevalencia de un 2,3%. Extrapolados los datos a la población del Sector Huesca, se estima una prevalencia de 2400 pacientes. La psoriasis presenta múltiples manifestaciones clínicas, tanto de la piel y las articulaciones como sistémicas, por lo que su atención requiere un abordaje integral. Los pacientes con psoriasis con mucha frecuencia asocian factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como la obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipemia. Además el riesgo de padecer síndrome metabólico y cardiopatía isquémica parece estar relacionado con la severidad de la psoriasis y con un debut más temprano de la enfermedad. La psoriasis tiene además un importante impacto psicológico y social, asociándose con una elevada prevalencia de depresión y ansiedad (28-67% y 45% respectivamente). La afectación que produce en el bienestar físico y psíquico conlleva un deterioro de la calidad de vida y altas tasas de incumplimiento terapéutico (40%). Un tratamiento efectivo de la psoriasis debe abarcar no solo el bienestar físico, sino también el psicológico y social. Por ello el manejo del paciente psoriásico ha de ser multidisciplinario, lo que implica la identificación y tratamiento de los problemas psicológicos, adicciones, enfermedades metabólicas, cardiovasculares y articulares asociadas.

RESULTADOS ESPERADOS

La atención integral del paciente psoriásico requiere un enfoque multidisciplinar que abarque todo el espectro de afectación de esta enfermedad: afectación cutánea, articular, sistémica, factores psicosociales. El trabajo coordinado de especialistas en Dermatología y Medicina Interna desde una consulta específica diseñada específicamente para el tratamiento y seguimiento a largo plazo del paciente psoriásico, puede mejorar sustancialmente la evolución de la psoriasis y de sus complicaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo principal de este proyecto es: instaurar una consulta específica de pacientes con psoriasis y factores de riesgo cardiovascular, atendidos por especialistas de Dermatología y Medicina Interna, para mejorar su abordaje integral.

MÉTODO

Se valorarán pacientes diagnosticados de psoriasis que presenten FRCV derivados desde las consultas de Dermatología, Reumatología y Medicina Interna. Los criterios de selección serán:

- Edad mayor de 18 años.
- Firmar consentimiento informado.
- Tener dos o más FRCV

En la primera visita, se recogerán los siguientes datos:

- Cuestionario de conocimientos del paciente acerca de la psoriasis.
- Cuestionario sobre calidad de vida DLQI y PSOLife.
- Se rellenará la ficha inicial de paciente psoriásico, incluyendo: datos de filiación, nivel de estudios, situación laboral, smartphone con conexión a Internet.
- Se realizará la historia clínica completa, incluyendo: características de su psoriasis, antecedentes familiares, personales (FRCV, enfermedades cardiovasculares, de la piel, inflamatorias, reumatológicas, infecciosas, ansiedad y depresión, entre otras). Tratamiento habitual, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos.
- Exploración física completa, incluyendo grado y forma de afectación de la psoriasis, afectación articular, peso, talla, IMC, PA, fototipo, perímetro abdominal.
- Exploraciones complementarias, si precisasen y analítica (glucosa, HbA1C, perfil lipídico, úrico, albuminuria, filtrado glomerular, calcio, vitamina D, PTH, VSG, PCR)
- Se realizará cálculo del RCV mediante SCORE
- Se administrará al paciente una Hoja de Información que explique la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus datos.

Además se llevarán a cabo las medidas de intervención oportunas (tratamientos, dieta, medidas higiénico dietéticas).

Posteriormente se llevará a cabo el seguimiento de los pacientes, con similares cuestionarios y exploraciones, así como las intervenciones pertinentes.

INDICADORES

1. Número de pacientes con psoriasis y comorbilidades valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna.
2. Número de pacientes a los que se realiza seguimiento a los 6 meses.
3. Pacientes a los que se les modifica tratamiento (farmacológico y de estilo de vida) durante este seguimiento.
4. Cálculo mediante SCORE del riesgo cardiovascular.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en el mes de septiembre de 2016, con una consulta mensual de pacientes con psoriasis y riesgo vascular (ver criterios de inclusión). Se realizarán revisiones de los mismos a los 3, 6, 9 y 12 meses, en función de las necesidades del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

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 - 2016/0411

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)

Fecha de entrada: 23/12/2017

2. RESPONSABLE TERESA OMISTE SANVICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENO GRIÑO CARMEN
CARMONA ESCRIBANO VALLE
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
LAHOZ LASALA CLARA
CALVO BEGUERIA EVA MARIA
GARCIA MAGALLON BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de la bibliografía actualizada sobre osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIC). Comparación de las sugerencias realizadas por diferentes documentos de consenso para la OIC.
- Recogida de datos previa a la elaboración del protocolo mediante revisión de documentación clínica e historia clínica de los pacientes en tratamiento prolongado con corticoides. Se toma como referencia a pacientes con arteritis de células gigantes diagnosticados en el hospital San Jorge entre el año 2000 y 2012 que recibieron tratamiento corticoideo. Monitorización de fracturas osteoporóticas durante el tratamiento y los 6 meses posteriores al mismo. En los datos analizados un 8% presentaba osteoporosis y hasta un 14% presentó fractura durante el seguimiento. Menos del 20% recibió tratamiento para prevenir la pérdida de masa ósea.
- Elaboración de un protocolo de bolsillo con las recomendaciones más importantes.
- Difusión de dicho protocolo mediante sesiones clínicas algunos de los especialistas que más prescriben tratamientos prolongados con corticoides: Medicina Interna, Reumatología, Neurología y Neumología. Familiarizarse con las escalas de riesgo de osteoporosis como el FRAX o escalas de riesgo de caídas, especialmente en el paciente anciano.
- Monitorización del cumplimiento del protocolo y de la aparición de fracturas osteoporóticas en los pacientes a los que prescribimos glucocorticoides, tomando de nuevo como referencia los pacientes con arteritis de células gigantes. Por el momento se valora muy positivamente el cumplimiento del protocolo. Debido a que son tratamientos prolongados, en los próximos meses se analizará el porcentaje de fracturas osteoporóticas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Concienciar a los especialistas de nuestro hospital que utilizan glucocorticoides durante más de tres meses en el tratamiento de sus patologías de la importancia de la osteoporosis inducida por los mismos y el riesgo de fractura: Conseguido.
2. Elaboración de un protocolo de manejo sencillo de la OIC y difusión: Conseguido.
3. Disminuir la prevalencia de la osteoporosis secundaria a través de mejorar el manejo de los fármacos por los especialistas que tratan adultos con terapias prolongadas con glucocorticoides y en definitiva disminuir las fracturas en esos enfermos: En proceso. Monitorizado el cumplimiento del protocolo, en espera de poder evaluar el impacto sobre el porcentaje de fracturas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso de corticoides en tratamientos prolongados es frecuente pero la valoración y prevención de la OIC es baja. Las fracturas suponen una consecuencia grave con deterioro funcional y aumento de mortalidad en nuestros pacientes. Al iniciarse un tratamiento con corticoides debe tenerse en cuenta, cuánto tiempo y a que dosis, aproximadamente, se va a mantener el tratamiento con esteroides orales así como el estado clínico del paciente. En todos los casos, es aconsejable la indicación de medidas generales, y en casos de riesgo moderado o alto añadir medidas farmacológicas.

7. OBSERVACIONES.

Hasta el momento no se ha podido valorar el impacto sobre la reducción de fracturas tras de la realización del protocolo ya que como decíamos los pacientes valorados en el periodo de realización del proyecto continúan en su mayoría con tratamiento corticoideo por lo que deberán evaluarse más adelante.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/411 ===== ***

Nº de registro: 0411

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0411

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)

Autores:
OMISTE SANVICENTE TERESA, PEREZ LORENZ JUAN BLAS, JIMENO GRIÑO CARMEN, CARMONA ESCRIBANO VALLE, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, LAHOZ LASALA CLARA, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, GARCIA MAGALLON BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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.....: Prevención/Detección precoz

PROBLEMA
El amplio uso de los corticoides ha hecho que la osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIC) sea la principal causa de osteoporosis asociada a fármacos; por lo que constituye, un problema sanitario de gran magnitud. Los corticoides son una medicación de uso frecuente tanto en Atención primaria como durante la hospitalización; sin embargo, menos del 7 al 14% de los enfermos, según las series publicadas, reciben algún tipo de tratamiento para evitar la pérdida de masa ósea. Es fundamental el reconocimiento de este problema y la actuación precoz debido a las consecuencias deletéreas de los glucocorticoides sobre el hueso.
La prevención de la osteoporosis inducida por glucocorticoides resulta coste-efectiva especialmente porque el tratamiento puede limitarse al período de exposición a los corticoides, cuando el riesgo de fractura es mayor y la fractura puede suceder muy pronto.
El objetivo es elaborar un documento basado en la evidencia para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides en adultos, evitando a largo plazo la principal complicación: las fracturas.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la prevalencia de la osteoporosis secundaria a través de mejorar el manejo de los fármacos por los especialistas que tratan adultos con terapias prolongadas con glucocorticoides y en definitiva disminuir las fracturas en esos enfermos.

MÉTODO

-Revisión de la literatura y elaboración del protocolo. Nos basaremos fundamentalmente en la última guía de la SEIOMM (Sociedad Española de Investigación ósea y metabolismo mineral) y Clinician's Guide to prevention and treatment of Osteoporosis entre otras actualizaciones relacionadas con el tema.
-Difusión de dicho protocolo mediante sesiones clínicas entre los especialistas que más prescriben tratamientos prolongados con corticoides : Medicina Interna, Reumatología, Neurología, Neumología y Oftalmología, Dermatología y Medicina de familia.

INDICADORES

- Realización de protocolo escrito y resumen de bolsillo para difusión entre los diferentes especialistas implicados.
- Recogida de datos para comprobar su cumplimiento mediante revisión de documentación clínica e historia clínica electrónica de los pacientes en tratamiento prolongado con corticoides. Monitorización de fracturas osteoporóticas durante el tratamiento y los 6 meses posteriores al mismo.

DURACIÓN

Enero 2016 elaboración del protocolo
Febrero 2016 difusión del mismo mediante sesiones clínicas
Junio 2016 recogida de datos para comprobar su cumplimiento

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 - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA AUXILIADORA MARTINEZ PANZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entrega de la Guía de Práctica Clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos a los miembros del equipo para su lectura y estudio
Estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP
Reunión de los miembros del equipo donde
- se revisan los puntos de la guía de práctica clínica
-se presentan los resultados de los controles previos a la implementación del proyecto
-se procede a la elaboración de un listado de medicamentos de uso habitual que puedan ser causantes de flebitis química.
-se revisa la presentación protocolo de manejo de catéter venoso central no permanente
- se planifica la realización de formación tanto al personal médico como de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como es un proyecto en elaboración no ha sido posible la medición de los los resultados a través de los indicadores seleccionados:
- Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma en la unidad
Porcentaje de paciente con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico
Media del numero de vías periféricas por paciente durante el episodio por servido médico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el estudio de la Guía Clínica el equipo detecta la necesidad de realizar una valoración adecuada respecto a la elección del tipo de vía venosa según tratamiento, duración de la terapia y características del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
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 - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados "a pie de cama" en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
- Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
- Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.

Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta. Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES

Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.

Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.

Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)

Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)

Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN

Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.

Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.

Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.

Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 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 : 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 - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE CLARA NAVARRO PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGLERA BAILO LORENA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
BESCOS LACAMBRA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Entrega de la guía de práctica clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos a los miembros del equipo para su lectura y estudio
-Estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación de flebitis 2ª a CVP
-Reunión de los miembros del equipo donde:
-se revisan los puntos de la guía de práctica clínica
-se presentan los resultados de los controles previos a la la implementación del proyecto
-se procede a la elaboración de un listado de medicamentos de uso habitual que puedan ser causantes de flebitis química
-se revisa la presentación de protocolo de manejo de catéter venoso central no permanente
-se planifica la realización de formación tanto al personal médico como de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como es un proyecto en elaboración, no ha sido posible la medición de los resultados a través de los indicadores seleccionados:

-Existencia de la guía de práctica clínica y accesibilidad de la misma en la unidad
-Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
-Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico
-Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el estudio de la guía clínica el equipo detecta la necesidad de realizar una valoración adecuada respecto a la elección del tipo de vía venosa según tratamiento, duración de la terapia y características del paciente

7. OBSERVACIONES.

La memoria de seguimiento estaba entregada, pero como hay cambios respecto al responsable y componentes del equipo volvemos a enviarla.

El calendario previsto para 2018/2019 sería:

-Abril- mayo 2018: revisión por el equipo de mejora de los protocolos actuales y modificarlos en base a la guía de práctica clínica y conocer el listado de medicamentos más irritantes por vía EV
-Octubre-Noviembre 2018: presentación de las recomendaciones a los profesionales de las unidades sobre los medicamentos irritantes y recomendaciones de la guía de la práctica clínica (formación) e implementación del proyecto
-Enero 2019: evaluación de indicadores

*** ===== Resumen del proyecto 2016/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados "a pie de cama" en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
- Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
- Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.

Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES

Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.
Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.
Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)
Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN

Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.
Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.
Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.
Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

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 - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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 - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR
CALVO BEGUERIA EVA MARIA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
OMISTE SANVICENTE TERESA
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han valorado 87 pacientes con patología autoinmune de la consulta de Medicina Interna - Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca atendidos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018.

Se confeccionó previamente una ficha que recoge: diagnóstico de la enfermedad autoinmune, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, actividad física, datos antropométricos (perímetro de cintura e IMC), datos bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal y cociente albúmina/creatinina en orina) y cifras de tensión arterial.

En cada enfermo se ha valorado la presencia o no de Síndrome Metabólico según los criterios del National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (ATP III) y se ha estratificado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 87 enfermos valorados en consulta se ha estimado el RCV y la presencia de síndrome metabólico en 86. La edad media ha sido 61,44 años, 66 eran mujeres y 20 hombres. Tenían antecedentes familiares de ECV precoz el 20,93%.

- Fumadores: 25,58%.
- Hábito enéxico actual 2,32%.
- Sedentarismo: 34,88%.
- Sobrepeso: 34,88% y obesidad: 27,90%.
- LDL >115 mg/dl, 44,18% LDL >130 mg/dl 32,25%. CHDL < de 40 mg/dl en varones y de 50 mg/dl en mujeres: 25,58%.
- Triglicéridos >150 mg/dl: 13,9%.
- Glucemia >100 mg/dl: 37,20%.
- Presión arterial elevada >de 130/85: 55,81%.

Indicadores:

1- "Número de enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80)". N=86 de 87 (98,85%).

2- "Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80)". N= 86 de 87 (98,85%).

3- "Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico". 32,55% con síndrome metabólico según los criterios ATP III.

4- "Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS." Los pacientes valorados en consultas:

- o 27,9% tenían Lupus Eritematoso Sistémico, de ellos el 16,67% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 33,33% riesgo moderado y el 9,09% riesgo alto.
- o 20,93% tenían Vasculitis, de ellos el 44,44% presentaban Síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 22,22% tenían riesgo bajo, el 66,66% riesgo moderado y el 11,11% riesgo alto.
- o 9,30% tenían Síndrome Antifosfolípido, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 25% riesgo moderado y el 25% riesgo alto.
- o 9,30% tenían Síndrome Sjögren, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 75% tenían riesgo bajo y el 25% riesgo moderado.
- o 4,65% tenían Esclerodermia, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
- o 4,65% tenían Miopatías Inflamatorias, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
- o 23,25% tenían otras Enfermedades Autoinmunes (Sarcoidosis, glomerulonefritis..) de ellos el 70% presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 30% riesgo moderado, el 10% riesgo alto y el 10% riesgo muy alto.

5- "Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.". Una vez valorados los FRCV, el RCV y el síndrome metabólico se recomienda medidas higiénico-dietéticas a 52 pacientes y cambios en el tratamiento farmacológico de los FRCV a 20 enfermos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas tienen mayor riesgo de tener enfermedades cardiovasculares; esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la elevada comorbilidad y prevalencia de factores de riesgo cardiovascular así como a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINE, fármacos muy utilizados para el control de estas enfermedades, puede provocar elevación de la glucemia y/o presión arterial o empeorar una hipertensión arterial ya existente. En este grupo de pacientes observamos una alta prevalencia de FRCV, especialmente sobrepeso, hipertensión, tabaquismo y dislipemia; también se aprecia una elevada prevalencia de síndrome metabólico. Todo ello implica un aumento del RCV global, ya de por sí alto en los enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Tras calcular el RCV mediante SCORE ha sido preciso recomendar medidas higiénico dietéticas a un 60,46% de los enfermos y modificar el tratamiento farmacológico previo de sus FRV a un 23,25%. Estos datos nos deben hacer reflexionar acerca de la importancia de incluir en nuestra práctica clínica habitual la valoración de los FRCV y la estimación del RCV mediante las escalas existentes, para tratar de mejorar el RCV en estos enfermos y disminuir su morbimortalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/174 ===== ***

Nº de registro: 0174

Título
ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Autores:
PELAY CACHO RAQUEL, GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, OMISTE SANVICENTE TERESA, MALLÉN DIAZ DE TERAN MARIO, CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares (ECV). Esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINES, fármacos muy utilizados para el control de estas enfermedades, puede provocar elevación de presión arterial (PA) o empeorar una HTA esencial ya existente. Las enfermedades más analizadas a este respecto en estudios epidemiológicos han sido el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR). Los pacientes con LES tienen mayor riesgo que la población general de presentar infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrales vasculares y mortalidad por ECV. Los FRCV tradicionales que se asocian con un mayor riesgo de ECV en estos pacientes son HTA, edad avanzada, dislipemia, tabaquismo, sexo masculino y elevación de proteína C reactiva (PCR). También se postulan como factores predictores de ECV una mayor actividad de la enfermedad y la utilización de azatioprina y corticoides. Por otro lado la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con LES alcanza un 38% en estudios epidemiológicos internacionales. Por ello el control de los FRCV en los pacientes afectados de EAS se considera fundamental para tratar de mejorar su RCV y debe ser una práctica habitual en su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

1. Estudiar los FRCV en los pacientes atendidos en las consultas de Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca, así como estratificar su RCV mediante SCORE.
2. Determinar el porcentaje de enfermos con EAS que presentan síndrome metabólico.
3. Analizar los distintos FRCV y el RCV global en cada una de las EAS valoradas en consultas (LES, síndrome antifosfolípido, esclerodermia, Sjogren, miopatías inflamatorias y vasculitis).
4. Tratar de optimizar el tratamiento de dichos FRCV tanto con medidas higiénico dietéticas como farmacológicas.

MÉTODO

Se realizará una evaluación de los pacientes con EAS de forma ambulatoria que incluirá:

- Historia clínica: incluyendo antecedentes familiares de primer grado de ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
- Exploración física: medida de PA según el consenso de la ESH/ESC; parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura)
- Análisis sanguíneo: bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1c en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
- Análisis de orina: albuminuria

Se calculará el RCV mediante escala SCORE. Se excluirán de dicho cálculo los pacientes con ECV establecida.

En función del perfil de riesgo de cada paciente se indicarán las medidas terapéuticas o profilácticas que se estimen oportunas de cara a reducir el RCV.

INDICADORES

- Número de enfermos con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80%)
- Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%)
- Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico.
- Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS.
- Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.

DURACIÓN

Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la consulta de Enfermedades Autoinmunes durante el segundo semestre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OMISTE SANVICENTE TERESA
PELAY CACHO RAQUEL
JIMENO GRIÑO CARMEN
EGIDO MURCIANO MIGUEL
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
PEREZ LORENZ JUAN BLAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha calculado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE de los enfermos infectados por VIH atendidos en Consulta de Infecciosos de Hospital San Jorge de Huesca (n=160). Se han seleccionado los menores de 45 años con RCV bajo (n=25). Hemos confeccionado una ficha que recoge: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, datos antropométricos y bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal). Tras contacto telefónico hemos conseguido valorar a 18 pacientes. A cada uno de ellos se les ha colocado un aparato de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) de 24 horas para valorar el comportamiento de la presión a lo largo del día y la noche, además de cumplimentar la ficha. Los 7 pacientes restantes no han podido ser valorados por cambio de vivienda, imposibilidad de venir al hospital por comorbilidad o no acudir a la cita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Edad media de la muestra: 42,2 años; 12 hombres y 6 mujeres. Antecedentes familiares ECV precoz: 11,11%. Fumadores: 77,77%. Hábito enólico: 44,44%. Sedentarismo: 66,66%. Sobrepeso: 66,66% y obesidad: 11,11%. cLDL >115 mg/dl: 66,66% (44,44% cLDL >130 mg/dl). cHDL bajo (menor de 40 mg/dl en varones y de 48 mg/dl en mujeres): 33,33%. Triglicéridos >150 mg/dl: 55,55%. Glucemia >100 mg/dl: 22,22%. Presión elevada en MAPA 22,22% de los sujetos.

Indicadores:

- "Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos a los que se les calcula el RCV mediante SCORE" (Estándar 80%). N= 160 de 174 (91,9%)
 - "Número de enfermos VIH con RCV leve a los que se realiza MAPA" (Estándar 80%). N= 18 de 25 (72%). Encontramos dificultades en cumplir el estándar al ser una población con un considerable porcentaje de baja adherencia, siendo frecuente la falta de asistencia a las visitas programadas.
 - "Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón patológico de presión arterial". 66,6% (44,44% patrón dipper extreme, 11,1% patrón riser y 11,11% patrón no dipper). El 33,3% de los pacientes tienen patrón dipper (normal).
- Hemos reevaluado exhaustivamente a los sujetos con patrón desfavorable o anormal de presión arterial en MAPA, insistiendo en el control del resto de FRCV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En esta muestra observamos una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, especialmente sobrepeso, tabaquismo y dislipemia, lo que sin duda va a repercutir en el riesgo global, ya aumentado en pacientes VIH. Existe también una elevada prevalencia (66,6%) de patrón anormal de presión arterial en MAPA (no dipper, dipper extreme y riser), lo que también implica un aumento del riesgo, conllevando la necesidad de intensificar las medidas de prevención cardiovascular. El estudio con MAPA en estos pacientes jóvenes con riesgo cardiovascular bajo podría ser útil para mejorar su estratificación al detectar patrones desfavorables de presión arterial. La detección de dichos patrones debería conllevar una intensificación en las medidas higiénico- dietéticas y en el control del resto de FRCV.

7. OBSERVACIONES.

Durante el desarrollo de este proyecto ha sido de destacar la dificultad para poder valorar a estos sujetos, especialmente por su poca disponibilidad para acudir al hospital y la falta de asistencia a las visitas programadas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/424 ===== ***

Nº de registro: 0424

Título
DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

Autores:

GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, OMISTE SANVICENTE TERESA, PELAY CACHO RAQUEL, JIMENO GRIÑO CARMEN, EGIDO MURCIANO MIGUEL, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, PEREZ LORENZ JUAN BLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Los pacientes con infección por el VIH tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) que la población general y los eventos cardiovasculares con frecuencia se presentan en edades más tempranas. La identificación de los pacientes con elevado RCV es esencial para la adopción de medidas preventivas y debería formar parte de la evaluación clínica habitual de los sujetos infectados por el VIH. Las estrategias para disminuir el RCV incluyen el control de la replicación del virus y la identificación y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales FRCV, generando gran impacto sobre la mortalidad cardiovascular.

La medida de presión arterial (PA) mediante MAPA es un predictor más sensible del riesgo de eventos cardiovasculares que la medida de PA en consulta. Los patrones de descenso de PA en MAPA más relacionados con eventos cardiovasculares son el patrón non dipper y el extreme dipper. Por ello la MAPA es especialmente útil cuando existe una discordancia entre la PA en consulta y ambulatoria, de cara a evaluar su comportamiento a lo largo del día y su variabilidad. Existen datos procedentes de la literatura que encuentran una elevada prevalencia de patrón non dipper entre los sujetos infectados por VIH.

El estudio con MAPA en los pacientes jóvenes infectados por VIH con RCV leve podría mejorar su estratificación, detectando patrones de PA que impliquen un mayor riesgo. Esto ayudaría a intensificar las medidas profilácticas y terapéuticas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estratificar el RCV de los enfermos VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca
- Valorar la realización de MAPA en los pacientes VIH menores de 40 años con RCV leve
- Identificar a los sujetos con patrón de MAPA que implique un mayor RCV para poder optimizar su prevención y tratamiento
- Mejorar el diagnóstico de HTA en los enfermos VIH: HTA enmascarada, fenómeno de bata blanca, HTA lábil

MÉTODO

Se realizará una evaluación de los pacientes VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca que incluirá:

- Historia clínica: antecedentes familiares de primer grado con ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
 - Exploración física incluyendo medida de PA según consenso de ESH/ESC (Sociedad Europea de Hipertensión/ Sociedad Europea de Cardiología), parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura).
 - Análisis sanguíneo; bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1C en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
 - Cálculo del RCV mediante escala SCORE a todos los pacientes de la Consulta de Infecciosos. Se excluirán de dicho cálculo los sujetos con ECV establecida.
 - Estudio de MAPA a los sujetos menores de 45 años con RCV leve.
- Se revisará a los pacientes en consulta ambulatoria.

INDICADORES

- Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge a los que se les calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%).
- Número de enfermos VIH con RCV leve calculado mediante SCORE a los que se les realiza MAPA (estándar 80%).
- Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón non dipper.
- Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón extreme dipper.

DURACIÓN

Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la Consulta de Infecciosos durante el segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO MALLÉN DIAZ DE TERAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO BEGUERÍA EVA MARIA
MARQUINA MARTINEZ DIANA
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
INGLES ZAMORA CRISTIAN
CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE
JIMENO GRIÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de un protocolo para el manejo de la TVP y TVS en los enfermos atendidos en Urgencias del Hospital San Jorge y Hospital de Jaca, con 5 reuniones entre los componentes del programa, pertenecientes a los Servicios de Radiología, Hematología, Cirugía vascular, Urgencias y Medicina Interna. Tras unificación del coordinador de Urgencias del HJSJ y Hospital de Jaca, se extiende el programa al Hospital de Jaca. Se han realizado 2 sesiones de divulgación del programa.

-Procedimiento para la Gestión de citas de Eco-Doppler venosa para la detección de Trombosis venosa profunda (Servicio de Admisión y Documentación clínica / Proceso de Gestión de citas en consultas externas), de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias y que entren en el protocolo de TVP para tratamiento ambulatorio, con citación preferente en Servicio de Radiología para realización de Eco-Doppler venoso y consulta específica de Medicina Interna (agenda MITROM, consulta 15)

- Se ha creado agenda en Radiología con hueco a las 11h, para realizar Eco-Doppler venosa a los pacientes incluidos en el programa, los lunes, martes, jueves y viernes.

- Se ha creado nueva agenda específica (MITROM) en Consulta de Medicina Interna, que se atiende en la consulta nº 15 los lunes y los jueves a partir de las 13h, para nuevos diagnósticos y revisiones, con realización de historia clínica completa, exploración física, valoración de TVP provocada o no provocada

- Derivación desde consulta de M. Interna, al Servicio de Hematología para inicio y control de tratamiento anticoagulante oral tras tratamiento con HBPM previo.

-Derivación desde consulta de M. Interna al Servicio de Hematología tras finalización del tratamiento, de los pacientes con criterios para la realización de estudio de Trombofilia

-Derivación desde consulta de M. Interna a Cirugía vascular de los pacientes con síndrome post-flebitico o con TVS, para valoración

- Despistaje en consulta de M. Interna, de neoplasia oculta en pacientes con TVP no provocada que cumplan los criterios para dicho estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras una fase inicial, hasta la realización del protocolo de derivación y asignación de consulta de Medicina Interna con agenda específica (MITROM), se inició la implantación del protocolo el 1 de Octubre.

Del 1 de Octubre de 2018 al 18-2-2019 se han atendido dentro del programa a 35 pacientes con sospecha de TVP, que cumplían los criterios para el manejo ambulatorio, todos ellos con informe de Urgencias en el que se indicaba el diagnóstico e inicio del tratamiento con HBPM.

Los 35 pacientes cumplían todos los ítems de indicación de tratamiento domiciliario de TVP en check list.

No fue preciso en ninguno de los casos la realización de nuevos análisis de control previo a la consulta de M. Interna (MITROM)

En la totalidad de los casos se realizó el estudio de Eco-Doppler antes de 72 h desde el diagnóstico de TVP en Urgencias.

Todos los enfermos fueron citados en Consulta de M. Interna (MITROM) el lunes o jueves siguiente a la realización de Eco-Doppler venoso, intentando juntar las dos citas el mismo día siempre que ha sido posible, en especial en los que residían fuera de la ciudad de Huesca

Ningún paciente fue excluido del programa de tratamiento ambulatorio por negativa del mismo al tratamiento domiciliario.

Durante el mismo periodo de tiempo, se han atendido 10 segundas consultas para revisiones, resultados de pruebas realizadas o suspensión de tratamiento una vez finalizado el tiempo de la indicación de terapia anticoagulante.

En 2 de los pacientes se suspendió en la primera visita en M Interna, la anticoagulación con HBPM, al no confirmarse con Eco-Doppler la clínica de TVP

El número de pacientes que han sido ingresados de Octubre a Diciembre (solo está codificado hasta Diciembre) por no cumplir los criterios del protocolo han sido de 3 en Medicina Interna por TEP asociado y 2 en Cirugía vascular por isquemia crónica y aneurisma .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La dificultad del proyecto podría estar en la instauración del mismo, al estar implicados diferentes Servicios (Cirugía Vascular, Hematología, Radiología, Urgencias, Medicina Interna y Servicios administrativos), consecuencia de lo cual ha sido el retraso de la implantación hasta el mes de Octubre. Uno de los problemas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

ha sido conseguir una consulta específica (nº15) durante 2 días a la semana (Lunes y Jueves a las 13h). También hubo una inicial reticencia en alguno de los médicos de Urgencias a la instauración del programa ya que era una patología que siempre había ingresado en Cirugía Vasculat. Posteriormente tras divulgación del Programa y viendo que el realizar tratamiento ambulatorio es la manera mayoritaria en el resto de Hospitales, ha sido asumido por completo. Teniendo en cuenta que siguiendo la actuación previa a la instauración del Programa, estos pacientes ingresaban en el Servicio de Cirugía vascular una media entre 24 y 72h (según si el ingreso era el fin de semana), entendemos que la actuación del programa es coste-efectiva. Más aún cuando dicha Unidad en el Hospital San Jorge ha estado en los últimos años con plazas de facultativos sin cubrir, ante la escasez de especialistas y con gran carga asistencial. Dados los resultados, entendemos que este proyecto aporta una mejora en la calidad de la atención al paciente, que puede realizar tratamiento domiciliario. Además tiene un coste económico bajo, y aún es más rentable teniendo en cuenta los costes de los ingresos no realizados. Otro punto a favor del programa es que la participación del internista le aporta un plus en el diagnóstico de las neoplasias ocultas asociadas a TVP. El tener la consulta desubicada, sin personal de enfermería asignado, y en alguna ocasión dicha consulta ha estado ocupada en el horario asignado por Neurología o por Medicina Preventiva, es otro inconveniente encontrado. Ante el desarrollo de la Medicina Interna en nuestro Hospital y crecimiento de las áreas en que estamos implicados, el tener una sola consulta (nº29) resulta totalmente insuficiente; dotar al Servicio de una segunda consulta contigua, que podría ser atendida a la vez por el mismo personal de enfermería solucionaría la situación, que reiteradamente se ha solicitado. El Programa de mejora de la calidad para la atención integral durante el proceso desde consultas externas al paciente con TVP y TVS, evitando ingreso hospitalario está instaurado desde el 1 de Octubre 2019 y entendemos que dados sus resultados debe tener continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/579 ===== ***

Nº de registro: 0579

Título
MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Autores:
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, MARQUINA MARTINEZ DIANA, LACALLE AICUA LAURA, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, INGLES ZAMORA CRISTIAN, CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE, GIMENO GRIÑO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad tromboembólica venosa (ETE), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) es un problema de salud pública importante. Según los datos del Registro informatizado RIETE, en España la incidencia anual de ETE es de 0.16 por 1000 personas. Los resultados de ensayos clínicos en los que se compara el tratamiento ambulatorio con HBPM con el tratamiento hospitalario con heparina no fraccionada intravenosa en la fase aguda de la TVP aislada demuestran incidencias similares de hemorragia y recidiva tromboembólica. Evitando al paciente la morbimortalidad y riesgo de infecciones que conlleva el ingreso hospitalario. Por otro lado, el TEP es una enfermedad potencialmente grave, siendo responsable de un 4-10% de todos los fallecimientos hospitalarios. Es por ello, muy importante realizar protocolos consensuados para la correcta sospecha de ETE en urgencias que garanticen el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes con sospecha de ETE a fin de evitar morbimortalidad y asegurar el correcto seguimiento de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

RESULTADOS ESPERADOS

- ? Realizar un protocolo de derivación a consultas externas de pacientes con ETEV, excluyendo a los pacientes de alto riesgo que requieran ingreso.
- ? Difusión de dicho protocolo entre los servicios implicados
- ? Realizar protocolos de seguimiento ambulatorio coordinados desde Medicina Interna que incluyan valoración por los servicios de Cirugía Vasculuar y Hematología. Que deriven en lo posible en un diagnóstico etiológico.

MÉTODO

- Se aplicará a todos los enfermos atendidos y diagnosticados de TVP en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge. Incluirá
- Historia clínica completa incluyendo: antecedentes personales (sexo, edad, tabaquismo) y familiares de TVP, posibles causas precipitantes del proceso (inmovilizaciones, cirugía reciente, hospitalización previa, fracturas, tratamiento hormonal, embarazo, puerperio, proceso neoplásico activo, enfermedades autoinmunes...) exploración física completa (IMC).
 - Analítica: bioquímica (Incluido función renal con filtrado glomerular (FG) / y función hepática (GOT, GPT, LDH), hemograma, coagulación, INR, TTPA, D dímero. Valorar gasometría arterial si saturación <95 %.
 - ECG. RX tórax. Eco Doppler venosa (si fuera posible). -AngioTAC si sospecha tras valoración completa de embolia pulmonar asociada o TEP
- Se deberá aplicar la probabilidad clínica pre-test ante cualquier sospecha de ETEV con el índice Wells para TVP; <https://samuc.es/calculadores-medicos>.
- Valoración en Consultas Externas de los pacientes identificados según el protocolo a desarrollar
 - Se iniciará tratamiento anticoagulante en el S. Urgencias. Según protocolo.

INDICADORES

- ? Realización del Protocolo
- ? Número de enfermos atendidos en el S de Urgencias con sospecha de TVP a los cuales se les haya derivado a consultas externas por cumplir los criterios de inclusión.
- ? Número de pacientes que han precisado ingreso por no cumplir los criterios de inclusión y/o cumplir criterios de exclusión

DURACIÓN

Se iniciaran las reuniones en Mayo de 2018, evaluándose en el primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0021

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELBAILE SARASA ROSARIO
GONZALEZ GARCIA PILAR
RIVERO FERNANDEZ ELENA
SERVETO GALINDO OLGA
MADANI PEREZ JULIA
ANTON QUIROGA JESUS
BONDIA GIMENO ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Inicialmente se constituyó un equipo, formado por miembros de la Comisión de Soporte Vital Intrahospitalario del Hospital San Jorge, para llevar a cabo las actividades del plan de mejora.
- Se han convocado y realizado cuatro talleres de Soporte Vital Instrumental acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón (dos en Octubre 2019 y dos en Noviembre 2019)
- Se diseñó un programa de información a los profesionales del Hospital San Jorge de Huesca sobre la realización de estos cursos, a parte de su publicación en el Portal del Empleado, a través de los siguientes métodos:
 - o Envío de mensajes al correo institucional
 - o Comunicación directa a las Supervisoras de Enfermería
 - o Colocación de Cartelería publicitando los talleres en los Controles de Enfermería
 - o Avisos de la existencia de los talleres en las Sesiones Clínica Generales semanales del Hospital
- Se ha realizado una encuesta a los alumnos de los talleres para averiguar, entre otros ítems, el medio por el que han tenido conocimiento de la existencia de estos talleres
- Se ha realizado una encuesta a una muestra representativa de los trabajadores del hospital (se encuestó a todos los profesionales sanitarios que trabajaron en el hospital en plantas de hospitalización el día 23 de diciembre, tanto en el turno de mañana, como en el de tarde y en el de noche) para valoración del grado de satisfacción de la información recibida acerca de la existencia de cursos de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Ocupación de las plazas ofertadas en los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón: Se han ocupado el 100% de las plazas ofertadas en los cursos, tanto de los organizados por la Comisión de Formación Continuada (el estándar a alcanzar era > 90%), como los talleres organizados por los miembros del Plan de Mejora a través de la Comisión de Formación Continuada (Estándar > 80%), quedando un número importante de profesionales en lista de espera, que es suficiente para realizar más ediciones de dichos cursos.
- Conocimiento de la existencia de cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón (Estándar > 85%) y conocimiento de la existencia de talleres de actualización de RCP (Estándar > 80%): Para la evaluación de ambos indicadores se ha realizado una encuesta a los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital, la encuesta se realizó a una muestra representativa de los trabajadores del hospital (se encuestó a todos los profesionales sanitarios que trabajaron en el hospital en plantas de hospitalización el día 23 de diciembre, tanto en el turno de mañana, como en el de tarde y en el de noche) para valoración del grado de satisfacción de la información recibida acerca de la existencia de cursos de reanimación cardiopulmonar. Con los resultados obtenidos sabemos que hasta en el 88% de los casos consideran satisfactoria o muy satisfactoria la información recibida, sólo el 12% restante consideran la información recibida como poco satisfactoria, por lo que se han superado los estándares de ambos indicadores.
- Con los datos obtenidos en las encuestas realizadas al finalizar los talleres de RCP hemos observado que el 20% de los alumnos se han enterado de la existencia de estos talleres sólo a través del Portal de Empleado. El 86% de los alumnos habían conseguido la información a través de varios métodos: Portal del Empleado, cartelería colocada en los Controles de Enfermería, y por comunicación directa de otros compañeros. El 35 % de los alumnos se enteraron por medios distintos al Portal del Empleado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de cursos o talleres de reanimación cardiopulmonar, ya sea básica, instrumental o avanzada, es una de las actividades más demandadas por los profesionales sanitarios que trabajan en un hospital. Los cursos se deberían de impartir con la periodicidad suficiente como para poder abarcar a todo el personal sanitario que esté interesado en realizarlos.
Con la realización de este plan de calidad se ha mejorado la difusión de los cursos de reanimación cardiopulmonar, haciendo la información más accesible a los profesionales sanitarios del Hospital San Jorge.
Sería recomendable en el año 2020 realizar nuevas ediciones de los talleres de Soporte Vital Instrumental.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0021

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

*** ===== Resumen del proyecto 2019/21 ===== ***

Nº de registro: 0021

Título
IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Autores:
PELAY CACHO RAQUEL, ELBAILE SARASA ROSARIO, GONZALEZ GARCIA PILAR, RIVERO FERNANDEZ ELENA, SERVETO GALINDO OLGA, MADANI PEREZ JULIA, ANTON QUIROGA JESUS, BONDIA GIMENO ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población sana, trabajadores del Hospital San Jorge
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la información y accesibilidad a cursos de RCP y talleres de actualización de RCP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria tiene una incidencia de entre el 0,4 y el 2% de los pacientes ingresados; se estima que en España, extrapolando datos de nuestro entorno, se producen unas 18000 PCR al año, siendo, por lo tanto, un importante problema de Salud Pública.

La supervivencia es sólo de 1 de cada 5 pacientes, y de éstos pacientes supervivientes hasta un 30% presentarán secuelas neurológicas graves con lesión cerebral permanente. La mayoría de los casos que sobreviven son pacientes ingresados en Unidades de Críticos, mientras que la supervivencia de las PCR que ocurren fuera de estas áreas de hospitalización es de 1 cada 6 pacientes, siendo en estas zonas donde se producen la mitad de las PCR del hospital.

Existe la evidencia de que se pueden mejorar los datos de supervivencia y disminuir las secuelas tras una PCR, si se mejora la respuesta asistencial, mediante la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria. En el año 2005, Perales y col. publicaron las recomendaciones para obtener estos objetivos, entre las que se incluye que "el personal del Hospital debe estar entrenado y reciclado en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad", para lo cual se debe establecer un programa de formación continua y periódica tanto del personal sanitario como no sanitario en técnicas de RCP. La docencia y cursos de reciclaje deben estar programados y difundidos, para que todo el personal tenga acceso a ellos.

La formación en RCP del personal que trabaja en un hospital tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad de la PCR, lo cual depende de la calidad y rapidez con la que se realiza la RCP. Por ello deben garantizarse cursos anuales de RCP, talleres de actualización y simulacros de PCR. Distintos estudios han demostrado que la realización de cursos de soporte vital instrumental conlleva una reducción del número de PCR y un aumento del número de avisos de situaciones preparada. La información sobre la existencia de estos cursos debe ser ampliamente distribuida, de manera que llegue al mayor número posible de trabajadores.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la difusión de los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón.
Realización periódica de talleres de actualización de RCP para el personal del Hospital San Jorge.

MÉTODO
Elaborar un plan de divulgación de la realización de cursos y talleres de formación de RCP, aparte de lo publicado en el Portal del Empleo, mediante la colocación de cartelera en puntos visibles del Hospital, despachos, controles de enfermería, así como con avisos en las Sesiones Generales, con la anticipación suficiente para facilitar la inscripción a dichos cursos.

INDICADORES
1- Conocimiento de la existencia de cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón
Dimensión: Satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0021

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Fórmula: N° de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de cursos de RCPx100/N° trabajadores del hospital

Población: Trabajadores del hospital

Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital

Tipo: Resultado

Estándar: > 85%

2 Ocupación de las plazas ofertadas en los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° de trabajadores asistentes a los cursos de RCPx100/N° plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital

Población: Trabajadores del hospital

Fuente: Base de datos de cursos del hospital

Tipo: Resultado

Estándar: > 90%

3- Conocimiento de la existencia de talleres de actualización de RCP

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de talleres de actualización de RCPx100/N° trabajadores del hospital

Población: Trabajadores del hospital

Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital

Tipo: Resultado

Estándar: > 80%

4- Ocupación de las plazas ofertadas en los talleres de actualización de RCP

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° de trabajadores asistentes a los talleres de actualización de RCPx100/N° plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital

Población: Trabajadores del hospital

Fuente: Base de datos de cursos del hospital

Tipo: Resultado

Estándar: > 80%

DURACIÓN

Se realizará a lo largo del año 2019, una vez estén publicados los cursos de RCP acreditados en el Portal del Empleado y difundidos los talleres de actualización de RCP. Los resultados se evaluarán al finalizar el año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0372

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA OMISTE SANVICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EGIDO MURCIANO MIGUEL
ANDRES GARCIA DANIEL
BELTRAN ALOS CLARA
MAUREL GRUAS ALEJANDRO
CARMONA ESCRIBANO VALLE
JIMENO GRIÑO CARMEN
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre los meses de abril y mayo de 2019 se realizó frotis nasal y perianal en 95 residentes de más de 65 años, previa firma de consentimiento informado por parte de los mismos o familiares. Se utilizaron hisopos flocados. Se realizó siembra en medio cromogénico. La prevalencia de colonización por SARM fue del 53%, de los cuales 34% estaban colonizados tanto nasal como perianal. Se han estudiado además los factores de riesgo asociados a mayor transmisión (grado de autonomía-índice de Barthel-nivel deterioro cognitivo-test de Pfeiffer-estado de piel/mucosas, desnutrición, diabetes y presencia de vías o sondas). Entre los pacientes positivos para SARM, el 56 % presentan un índice de Barthel < 20 puntos, es decir, son dependientes totales para las actividades de la vida diaria. El 64 % puntúan más de 8 errores en el test de Pfeiffer (deterioro cognitivo severo). El 30 % tienen lesiones cutáneas. El 38 % son diabéticos y el 30% presentan desnutrición. Únicamente 1 de los pacientes es portador de sonda vesical permanente. El 50% de los colonizados habían recibido antibiótico en los tres meses previos a la toma de las muestras y un 10% habían precisado ingreso hospitalario en dicho periodo. El viernes 12 de abril de 2019 se realizó una primera sesión informativa con el personal de la residencia, incluyendo un breve taller de lavado de manos impartido por la Dra Zamora, preventivista del Hospital San Jorge. El 9 de Julio se realiza la segunda sesión informativa insistiendo en la importancia del lavado de manos y el correcto uso de guantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo esperado: Número de pacientes (más del 80 % como objetivo) en los que se analiza el estado de portador, colonizado o infectado por SARM y porcentaje global de aislamiento de SARM en las muestras analizadas. Valor de indicador: 10 (realizado)

Objetivo esperado: Análisis de los indicadores elegidos para estratificar el riesgo de transmisión en más del 80 % de los residentes en los que se aisle SARM. Valor de indicador: 10 (realizado)

Objetivo esperado: Realización de 2 talleres formativos a los trabajadores del centro geriátrico, la primera de ellas en el primer semestre de 2019. Valor de indicador: 10 (realizado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La prevalencia de SARM entre la población estudiada es muy elevada. Nos parece importante, la implementación de programas de vigilancia que permitan la identificación y el control de las bacterias multi-resistentes y por ello adelantar las medidas de control en portadores, que a menudo acuden a centros hospitalarios para visitas ambulatorias o ingresos. Asimismo, el conocimiento de los factores epidemiológicos asociados puede contribuir a una disminución de la prevalencia del SARM. Debemos insistir en el cumplimiento de las medidas higiénicas y creemos que son necesarios más trabajos que demuestren la eficacia de las medidas de control que atajen la transmisión entre los distintos reservorios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/372 ===== ***

Nº de registro: 0372

Título
ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

Autores:
OMISTE SANVICENTE TERESA, EGIDO MURCIANO MIGUEL, ANDRES GARCIA DANIEL, BELTRAN ALOS CLARA, MAUREL GRUAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0372

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

ALEJANDRO, CARMONA ESCRIBANO VALLE, JIMENO GRIÑO CARMEN, BETRAN ESCARTIN ANA I

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia del SARM ha aumentado progresivamente durante los últimos años, tanto en España como en el resto de Europa. En la actualidad se considera un gran problema de salud pública por su carácter pandémico. Pese a la existencia de recomendaciones, guías y protocolos existentes en los diferentes Centros hospitalarios españoles continúa la elevada incidencia de SARM en dichos Centros, así como en las residencias geriátricas e incluso fuera de dichos entornos. El mapa de resistencias analizado en el Hospital San Jorge en últimos años (2016 y 2017) muestra un porcentaje de SARM superior al 40%, tasa que se encuentra entre las más elevadas de nuestro país. Las infecciones de SARM provocan un aumento de la morbimortalidad, incrementándose los costes sanitarios, debido a la prolongación de las estancias hospitalarias. Los pacientes colonizados por SARM tienen más probabilidades de desarrollar una infección por ese microorganismo que los pacientes colonizados por *S. aureus* sensible de desarrollar infecciones por este último. Además, las personas colonizadas, pueden transmitir el SARM sin saberlo, contribuyendo de forma involuntaria a que las infecciones por SARM se extiendan. Las manos contaminadas del personal sanitario (o médico y de enfermería) es el mecanismo más frecuente de transmisión. El lavado de manos se considera como la medida más importante y eficaz para reducir los riesgos de transmisión, y debe aplicarse en el manejo de todos los ingresados y residentes; el uso de guantes no sufre dicha medida.

RESULTADOS ESPERADOS

- La población diana elegida son los residentes de la Residencia de personas mayores "Ciudad de Huesca" donde hay 128 residentes.
- El objetivo fundamental del proyecto es analizar la prevalencia de SARM en dicho centro residencial, diferenciando las personas portadoras, colonizadas e infectadas, así como estratificación del riesgo de transmisión de la población analizada.
- Otro resultado que se espera conseguir es concienciar al personal que trabaja en el centro elegido de la importancia y necesidad de que se realicen correctamente y se mantengan las prácticas de lavado de manos, contribuyendo así a disminuir el riesgo de transmisión de infecciones.

MÉTODO

1. Realizar un listado de los residentes en la Residencia Ciudad de Huesca que tengan de más de 65 años analizando en cada uno de ellos el estado de portador o de colonización/infección por SARM.
2. Estudiar en los que aparezca SARM, los factores de riesgo de mayor transmisión:
 - Grado de autonomía personal medido por el índice de Barthel.
 - Nivel de deterioro cognoscitivo medido por test de Pfeiffer
 - Estado de piel y mucosas: presencia de lesiones en la piel (dermatitis, eccema), heridas o úlceras.
 - Situación médica (desnutrición, diabetes o inmunodepresión) y presencia de dispositivos invasivos (vías o sondas)
3. Realizar sesiones formativas sobre la higiene de manos para el personal que trabaja en dicho centro geriátrico.

INDICADORES

- Número de personas (más del 80 % como objetivo) en los que se analiza el estado de portador, colonizado o infectado por SARM.
- Porcentaje global de aislamiento de SARM en las muestras analizadas.
- Análisis de los indicadores elegidos para estratificar el riesgo de transmisión en más del 80 % de los residentes en los que se aisle SARM.
- Realización de 2 talleres formativos a los trabajadores del centro.

DURACIÓN

Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se iniciará en marzo de 2019, completándose a finales de año. Se realizará una primera sesión formativa en el primer semestre de 2019 y una segunda en el segundo semestre de este mismo año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0372

1. TÍTULO

ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

OBSERVACIONES

Se ha solicitado la autorización correspondiente a la realización de este estudio de investigación a la Dirección del Hospital San Jorge, que lo ha autorizado

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0375

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE DANIEL ANDRES GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
PELAY CACHO RAQUEL
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
DE DIOS ROMERO ALBERTO
CARMONA ESCRIBANO VALLE
CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de 2019 en la Unidad Dermatología-Medicina Interna se han valorado 21 pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular al menos moderado. Se han considerado los siguientes parámetros en todos ellos: anamnesis, exploración física (incluyendo parámetros antropométricos y medida de presión arterial secuencial en consulta), y determinación analítica de perfil lipídico, glucemia y hemoglobina glicada.
Media de edad: 52,71 años. El 90,47% tienen dislipemia (n=19), el 8,4% son diabéticos (n=4), 6 sujetos son fumadores y 10 exfumadores. El 95,23% tienen sobrepeso (n=20), 11 son hipertensos y 10 no hipertensos conocidos. Se ha realizado estudio con MAPA para valoración de HTA enmascarada y otros patrones asociados con mayor riesgo cardiovascular en los 10 sujetos no hipertensos. Para ello se ha contactado con dichos pacientes telefónicamente colocándose aparato MICROLIFE WatchBP 03 durante 24 horas, incluyendo el descanso nocturno. Posteriormente se ha valorado el resultado, instaurando las medidas terapéuticas oportunas en caso necesario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 10 sujetos estudiados, encontramos 3 hipertensos (HTA enmascarada) y 7 no hipertensos. De estos últimos, sólo 3 presentan patrón dipper; 1 presentó patrón riser y 3 patrón dipper extremo, confirmando estos dos patrones un mayor riesgo cardiovascular. Se ha iniciado tratamiento farmacológico antihipertensivo en los tres pacientes con HTA enmascarada, y se ha insistido en cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas en los sujetos con patrón desfavorable.

"Número de pacientes atendidos en la Unidad Dermatología-Medicina Interna en los que se valora la presencia de enfermedad cardiovascular y FRCV": 100% (estándar > 80%)

"Porcentaje de sujetos no hipertensos atendidos en la Unidad a los que se realiza MAPA de 24 horas": 100% (estándar >80 %)

"Número de pacientes con datos de HTA enmascarada en MAPA": 33,3 %

"Número de enfermos en los que se realiza una intervención terapéutica tras diagnóstico de HTA enmascarada con MAPA": 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este grupo de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular moderado-alto, el estudio de HTA mediante MAPA ha mostrado que 7 de los 10 sujetos supuestamente no hipertensos presentan un patrón de presión arterial que implica mayor riesgo cardiovascular (HTA enmascarada, patrón dipper extremo y patrón riser). Por ello, el estudio MAPA en este tipo de pacientes puede ser de utilidad para reestratificar el riesgo cardiovascular e instaurar las medidas terapéuticas y/o preventivas oportunas. Podría plantearse incluir la realización de MAPA dentro de las exploraciones rutinarias de los pacientes con psoriasis, para mejorar su valoración integral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/375 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0375

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Nº de registro: 0375

Título
VALORACION DE HIPERTENSION ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
ANDRES GARCIA DANIEL, GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, PELAY CACHO RAQUEL, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, DE DIOS ROMERO ALBERTO, CARMONA ESCRIBANO VALLE, CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que precisa una valoración integral del paciente debido a la frecuente comorbilidad asociada. Por ello se ha creado en el Hospital San Jorge la Unidad Dermatología-Medicina Interna con el objetivo de mejorar la atención de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular (RCV) moderado o alto por tener dos o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en los enfermos psoriásicos alcanza en algunas series hasta más del 50% y se considera fundamental su control adecuado. La HTA enmascarada, definida como presión arterial clínica normal con presión ambulatoria elevada -diagnosticada con monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA)- es una entidad que se asocia con un aumento de la morbimortalidad cardiovascular. Se ha descrito en la literatura que la prevalencia de HTA enmascarada en sujetos con algunos tipos de psoriasis es superior a la encontrada en personas sin psoriasis. Por ello parece razonable realizar un estudio con MAPA en estos enfermos para su diagnóstico y mejor control.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es valorar mediante MAPA la existencia de HTA enmascarada en los pacientes no hipertensos atendidos en esta Unidad, para un correcto abordaje de todos los FRCV.

MÉTODO

Se valorará la presencia de enfermedad cardiovascular establecida y FRCV en los pacientes valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna durante el segundo semestre del 2019. Los sujetos incluidos deben cumplir dos o más de los siguientes criterios:

- HTA: PA = 140/90 mmHg o estar bajo tratamiento antihipertensivo.
- Dislipemia: Colesterol total > 200 mg/dl y/ o LDL > 130 o tratamiento hipolipemiente
- Diabetes mellitus: HbA1C > 6.5% o glucemia = 126 mg/dl o tratamiento
- Obesidad: IMC =30 y/o perímetro de cintura > 80 cm ? y > 94 ?
- Hábito tabáquico

Se realizará estudio de MAPA durante 24 horas a los sujetos no hipertensos para valorar la existencia de HTA enmascarada y de ese modo mejorar la valoración global del RCV.

INDICADORES

- "Número de pacientes atendidos en la Unidad Dermatología-Medicina Interna en los que se valora la presencia de enfermedad cardiovascular y FRCV". (Estándar 80%)
- "Porcentaje de sujetos no hipertensos atendidos en la Unidad a los que se realiza MAPA de 24 horas". (Estándar 80%)
- "Número de pacientes con datos de HTA enmascarada en MAPA".
- "Número de enfermos en los que se realiza una intervención terapéutica tras diagnóstico de HTA enmascarada con MAPA".

DURACIÓN

La consulta de la Unidad Dermatología-Medicina Interna se lleva a cabo una vez al mes, de forma conjunta con dos facultativos, uno de Dermatología y otro de Medicina Interna. La recogida de datos y seguimiento de los sujetos se desarrollará en el segundo semestre de 2019. Tras ser valorados en la consulta se citará a los sujetos no hipertensos de forma ambulatoria para realizar estudio de MAPA durante 24 horas. Según los datos obtenidos de su valoración global se instaurarán las medidas higiénico dietéticas y farmacológicas necesarias para optimizar su RCV.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0375

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0194

1. TÍTULO

MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCES CATALAN YOLANDA
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
SALVATIERRA DOMPER SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Septiembre del año 2016, se solicito al servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca y al laboratorio de Jaca, información sobre pacientes con resultados positivos a GMR (número de historia clínica, germen con resultado positivo y resistencia y fecha del resultado) del periodo comprendido de Septiembre del año 2015 a Septiembre del año 2016. Con esta información se elaboro una base de datos para realizar las búsquedas a partir del número de historia o de los apellidos y los nombres de los pacientes que habían ingresado en el hospital.

Para dar una continuidad a dicha base de datos, acordamos con el servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca, que todos los lunes, nos enviarían un Excel con los datos, de todos los resultados positivos a GMR que habían obtenido la semana anterior, para posteriormente revisar dichos resultados, compararlos con la base de datos elaborada y poder realizar las modificaciones oportunas.

El listado con todos los pacientes que ingresan en el hospital, lo obtuvimos a partir del programa HIS. En octubre se puso en marcha el proyecto, y empezamos a revisar diariamente, si alguno de los pacientes que había ingresado en el hospital tenía algún cultivo positivo a algún GMR y precisaba precauciones de contacto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

Pacientes que ingresaron con sospecha de colonización o infección de GMR con precauciones/ N° de pacientes que ingresaron con sospecha de colonización o infección de GMR = 37/108=0,34

Media de días que un paciente está ingresado sin precauciones = 1 día

El método de obtención de dichos datos fue mediante el registro en una base datos de las siguientes variables: declaración del GMR (base de datos o urgencias), fecha de ingreso y fecha de aislamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dicho proyecto de mejora sigue siendo utilizado actualmente en el Hospital San Jorge y se ha puesto en marcha en el Hospital de Jaca. Además, dicha base de datos ha sido de gran utilidad para conocer que pacientes con sospecha de presentar un GMR va a ser intervenido quirúrgicamente y adoptar las medidas oportunas en dicho bloque quirúrgico para evitar la diseminación de dichos gérmenes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/194 ===== ***

Nº de registro: 0194

Título
MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA, GARCES CATALAN YOLANDA, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, TORRES SOPENA LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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 .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0194

1. TÍTULO

MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Algunos pacientes atendidos en el hospital son especialmente vulnerables a ser colonizados o infectados por gérmenes multirresistentes (GMR). La resistencia antibiótica es un factor que repercute en la evolución del paciente y en el consumo de recursos dentro de las unidades planteando actualmente un problema de Salud Pública por la morbilidad y mortalidad que ocasionan pero también por el coste económico y social que suponen. En la aparición y difusión de resistencia a antibióticos confluyen dos factores fundamentales: las medidas de control de colonización/infección y la presión selectiva de los antimicrobianos. Para poder limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados, es fundamental identificar precozmente a los pacientes colonizados y/o infectados por GMR que ingresan en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivos nos planteamos:

- 1.- Crear un entorno seguro para todos los pacientes.
- 2.- Evitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

MÉTODO

- Elaborar una base de datos con todas las personas a los que se les ha aislado un GMR en alguno de los cultivos obtenidos en el servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca.
- Obtener un registro diario de todos los pacientes que han sido hospitalizados en el hospital.
- Revisar diariamente si alguno de los pacientes que ha ingresado en el hospital tiene algún cultivo positivo a algún GMR y precisa precauciones de contacto.

INDICADORES

- Pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR con precauciones/ N° de pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR
- Media de días que un paciente esta ingresado sin precauciones.

DURACIÓN

- SEPTIEMBRE:
 - o Solicitar la base de datos de GMR al servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca y formular junto a ellos estrategias para poder incluir en la base de datos los cultivos positivos a GMR que van obteniendo en su trabajo diario.
 - o Obtener información sobre la forma de cómo conseguir un listado con todos los pacientes que ingresan en el hospital el día anterior.
 - o Forma de tener acceso diario a ese listado.
- OCTUBRE: Puesta en marcha del proyecto de mejora
- MARZO: Análisis de los resultados y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Pretendemos que se instauren lo antes posible, las precauciones necesarias para limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0404

1. TÍTULO

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA SALVATIERRA DOMPER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA
RODRIGUEZ ZAMORA MARIA JESUS
ARAZO RIVAS JANA
MORENO MEJIA ANA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL 4/6/2018 COMENZÓ A APARECER LA ALERTA DE GERMEN MULTIRRESISTENTE EN EL PCH DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAN JORGE DE HUESCA.
LA ALERTA CONSISTE EN UN ICONO QUE APARECE EN LA PANTALLA DEL PCH CUANDO SE REALIZA EL TRIAJE DEL PACIENTE. DICHA ALERTA INDICA QUE HA TENIDO UN GERMEN MULTIRRESISTENTE EN UN CULTIVO EN EL ÚLTIMO AÑO, CON LO QUE EL PROFESIONAL PONDRÁ EN MARCHA EL PROTOCOLO EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DESDE EL 4/6/2018 HASTA EL 4/12/2018 ACUDIERON AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA 96 PACIENTES CON ANTECEDENTES DE GERMEN MULTIRRESISTENTES EN EL ULTIMO AÑO, DE LOS CUALES, A 90 DE ELLOS, SE LES APLICARON LAS PRECAUCIONES SEGÚN PROTOCOLO, YA DESDE SU ENTRADA AL SERVICIO DE URGENCIAS.
NOS MARCAMOS COMO OBJETIVO, QUE EL 90% DE ESOS PACIENTES CON ALERTA EN EL PCH SE LES APLICARAN LAS MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN EL PROTOCOLO VIGENTE EN NUESTROS CENTROS.
CON LOS REGISTROS UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, DICHO OBJETIVO HA TENIDO UN CUMPLIMIENTO DEL 93.75%, QUE CONSIDERAMOS MUY SATISFACTORIO.
EN CUANTO AL HOSPITAL DE JACA, EL PORCENTAJE OBTENIDO ES DEL 100%, PERO EL PERIODO DE ESTUDIO ES INFERIOR A LOS 6 MESES (7/8/2018 AL 4/12/2018), YA QUE NUESTRA UNIDAD NO TUVO ACCESO AL PCH DE DICHO HOSPITAL PARA PODER REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DIARIA HASTA ESA FECHA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CON LA INTRODUCCIÓN DEL ICONO DE GMR EN EL PCH DE NUESTROS HOSPITALES HEMOS CONSEGUIDO LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS PACIENTES LO QUE HA PERMITIDO QUE LOS PROFESIONALES APLIQUEN LAS PRECAUCIONES ADECUADAS TANTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO EN EL TRASLADO DEL MISMO A CUALQUIER UNIDAD O SERVICIO CENTRAL, PARA EVITAR LAS TRANSMISIONES CRUZADAS, PROTEGIENDO AL RESTO DE PACIENTES.
SE HA CONSEGUIDO TAMBIÉN UNA MAYOR IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE TRATAR A DICHS PACIENTES.
POR ÚLTIMO, NOS PARECERÍA INTERESANTE Y AYUDARÍA AL SERVICIO DE URGENCIAS, QUE LA ALERTA DEL PCH CONCRETARA EL TIPO DE GERMEN MULTIRRESISTENTE DEL QUE SE TRATA, CUANDO NO SEA SARM Y LA FECHA DEL ÚLTIMO RESULTADO POSITIVO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/404 ===== ***

Nº de registro: 0404

Título
ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Autores:
SALVATIERRA DOMPER SUSANA, MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS, ARAZO RIVAS JANA, MORENO MEJIA ANA GRACIELA, ARRAZOLA ALBERDI OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0404

1. TÍTULO

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ADQUIRIR UN GERMEN MULTIRRESISTENTE REPERCUTE EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, EN LA MORBI-MORTALIDAD QUE OCASIONAN Y EN EL COSTE ECONÓMICO QUE ESTO SUPONE.
EN LA APARICIÓN Y DIFUSIÓN DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS INFLUYEN DOS FACTORES IMPORTANTES QUE SON: LAS MEDIDAS DE CONTROL DE COLONIZACIÓN/INFECCIÓN Y LA PRESIÓN SELECTIVA DE LOS ANTIMICROBIANOS. CON ESTE SISTEMA DE ALERTA PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE DICHS PACIENTES.

RESULTADOS ESPERADOS
DETECTAR Y AISLAR A LOS PACIENTES PORTADORES DE GMR EN EL ÚLTIMO AÑO CONSIGUIENDO UN MAYOR CONTROL DE LOS MISMOS DE FORMA PRECOZ Y FACILITANDO EL TRABAJO AL RESTO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

MÉTODO
CUANDO APAREZCA LA ALERTA, ÉSTA PUEDE APARECER COMO SARM U OTRO GMR Y ES ENTONCES CUANDO EL PROFESIONAL DEBE DE CONSENSUAR DICHA ALERTA CON EL PROTOCOLO DE GMR EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS.
SE ESTABLECERÁ UN CIRCUITO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS TRES SERVICIOS IMPLICADOS: SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, URGENCIAS Y LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA, LA ENCARGADA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS.

INDICADORES
PORCENTAJE DE PACIENTES DETECTADOS CON ALERTA CON MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN PROTOCOLO/ TOTAL DE PACIENTES CON ALERTA.
SE PRETENDE CONSEGUIR UN PORCENTAJE =90%

DURACIÓN
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS E INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS: 6 MESES

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0801

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA BLANCA JUSTE GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVATIERRA DOMPER SUSANA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. En nuestra unidad recibimos los volantes de derivación de los especialistas y los registramos en el Excel con fecha de llegada y prioridad.

2. La consulta médica se realiza un día a la semana (durante este año 2019), se citan cada 20 minutos 10-12 pacientes cada día.

· La consulta de enfermería se realiza de lunes a viernes de 9h a 11h, citando cada 15 minutos, personalizando en algunos casos, otros horarios las citas si por motivos laborales o personales no pueden venir en ese horario

3. El médico emite un informe con el programa de vacunación recomendado del cual imprime 3 copias, una de ellas para el paciente, otra para la Historia del especialista que lo deriva y otra para enfermería de la consulta de vacunas de nuestra unidad. Desde 1 de Diciembre de 2019, tras permiso de Historia clínica electrónica, el médico de la unidad abre episodio e introduce el informe en Historia clínica del paciente y enfermería registra las vacunas puestas en el mismo episodio con marca comercial, lote, caducidad y la extremidad dónde se administra cada vacuna.

4- El mismo día de la consulta tras valoración médica se inicia el programa de vacunación recomendado y se le da al paciente una cartilla con sus datos personales y dónde registramos las vacunas administradas con su nombre comercial, fecha, lote, caducidad, extremidad en la que se administra. Esta cartilla le indicamos la debe guardar, y traer cada vez que venga a la consulta. También le indicamos que cuando acabe el programa de vacunación dicha cartilla la debe llevar a su médico y/o enfermera de Atención Primaria para que le registren todas las vacunas administradas en el programa de Atención Primaria OMÍ-AP, al cual no tenemos acceso.

5. Tras la administración y registro de vacunas se le cita para la siguiente dosis y se le hacen las recomendaciones si reacción a la administración de la vacuna en los siguientes días., esperando mientras sobre 10 minutos por si hubiera alguna reacción vacunal inmediata.

6. Creamos un Excel de vacunación con todos los pacientes en programa de vacunación, las vacunas puestas y la fecha de volver para que nos sea mas fácil la obtención de datos.

7. El calendario marcado fue de 6 meses: 1/03/2019 hasta 31/08/20 pero lo hemos ampliado en la memoria final hasta 31/11/2019.

8. Los recursos empleados: La consulta se puso en funcionamiento con el mismo personal que tenía la unidad, pero en otra ubicación para este fin situada en la 2ª Planta de Hospitalización dotada de un ordenador, una impresora, y material necesario para el acto vacunal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El facultativo de Medicina Preventiva ha derivado 212 informes con el programa de vacunación establecido en cada caso, de los cuales hemos comenzado con dicho programa en 202 casos. De ellos el 53.46% son mujeres y el 46.53% son hombres.

· En cuanto a las especialidades que mas frecuentemente han derivado pacientes son: 38.85% corresponden a Digestivo, 22.79% Reumatología, 18.13% Nefrología, 6.21% Dermatología lo que supone el 85.5% de las derivaciones, el resto corresponden a Hematología, Medicina Interna, Neumología, Otorrino, Neurología, Atención Primaria.

· En cuanto a vacunas administradas en este periodo: Total :888, siendo Fendrix 20, Prevenar 13; Pneumovax 23 y Menjugate las mas administradas.

· En cuanto a reacciones postvacunales : Se han observado hasta el momento sólo reacciones locales de mayor o menos intensidad y en muy pocos casos reacciones febriles.

2. Resultado Final: Porcentaje de pacientes vacunados en consulta de enfermería según informe médico / total de pacientes derivados de la consulta médica de M. Preventiva es de 95% cumpliendo así el objetivo establecido.

3. Para conseguir los datos de la memoria hemos utilizado la base de datos de Excel creada para este fin

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Ha aumentado la satisfacción de los pacientes ya que no tienen que seguir el circuito establecido anteriormente, tras ser visto en la consulta y con el informe elaborado por el facultativo recogía todas las vacunas en la farmacia y se le administraban en Atención Primaria.

2. Con la puesta en marcha de la consulta de enfermería las vacunas son administradas en la misma, de manera que el paciente ya no se hace responsable de dichas vacunas salvaguardando la cadena del frío y consiguiendo mayor adhesión al programa vacunal establecido ya que las citas se adecuan siempre que es posible a las necesidades de los pacientes e incluso cuando no acuden les avisamos por teléfono y en la mayoría de los casos que ocurre que se han olvidado de acudir, se les cita en ese momento para otro día por lo cual no ha abandonado nadie el programa de vacunación establecido

3. En caso de desabastecimiento de vacunas que no podemos administrar algunas dosis, controlamos en consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0801

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

cuando llegan a la farmacia para avisar a los pacientes que no e han podido administrar, por lo cual por este motivo no ha abandonado nadie el programa de vacunación establecido

4. Por todo esto consideramos que la adhesión al programa es satisfactoria para nuestra consulta porque el seguimiento es elevado, y el porcentaje que falta para el 100% es debido a que no tienen claro la vacunación por diversos motivos.

7. OBSERVACIONES.

La consulta de vacunaciones ha supuesto un aumento de la carga laboral de enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva tanto asistencial como burocrática.

Debido a problemas de espacio en el centro, la consulta de enfermería está situada en una zona que a veces no encuentran bien los pacientes (2ª Planta al lado de quirófano) aunque celadores y vigilantes colaboran para que puedan acceder a la sala de espera adecuada

*** ===== Resumen del proyecto 2019/801 ===== ***

Nº de registro: 0801

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
JUSTE GRACIA MARIA BLANCA, SALVATIERRA DOMPER SUSANA, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes incluidos en Protocolo de vacunación en pacientes en grupos de riesgo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado el aumento de pacientes con necesidad de vacunaciones por pertenecer a grupos de riesgo incluidos en el protocolo de nuestro hospital (PO-03-HU) y administrar desde el servicio de farmacia del hospital este tipo de vacunas para que el paciente lo gestionase en su centro de salud, nos planteamos que dichas vacunas se administren en el hospital para unmejor control de la cadena del frio, de la administración y del seguimiento de las mismas. Este tipo de atención sanitaria ya se está llevando a cabo en varios hospitales de nuestra comunidad con buenos resultados de adhesión y control

RESULTADOS ESPERADOS

Administrar en nuestra consulta de enfermeria de vacunas al 80% de los pacientes vistos en la consulta médica de M. Preventiva con prescripción de las mismas

MÉTODO

El 01/03/2019 se inicia la consulta de vacunaciones de pacientes de riesgo incluidos en el protocolo (PO-03-HU) por parte de enfermería de la unidad de M. Preventiva.

Tras la consulta médica, realizamos una revisión de los informes de vacunación de los pacientes vistos por el facultativo de M. Preventiva, programándolos según las pautas personalizadas de cada paciente de acuerdo con sus patologías .

Citamos a los pacientes a traves del programa HIS, y tras la primera dosis de vacuna, se le entrega una cartilla donde se registran los siguiente datos: Vacuna administrada, fecha, lote y caducidad, extemidad dónde se administra, todos estos datos son registrados tambien en su Hª Clínica, incluyendo los efectos adversos comunicados por el paciente (a traves de via telefónica o bien personalmente)

INDICADORES

Porcentaje de pacientes vacunados en consulta de enfermeria según informe médico/total de pacientes derivados de la consulta médica de M.Preventiva.

Se pretende conseguir un porcentaje mayor o igual al 80%

DURACIÓN

Evaluación de resultados e introducción de medidas correctoras: 6 MESES

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0801

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORRES SOPENA LUIS
BELLIDO RUIZ ROSARIO
ARCOS GALEOTE ANGELA
ALOS CORONAS ELENA
MAIRAL CLAVER PILAR
LUIS GRACIA ANA
LAGLERA BAILO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? El 15 de junio de 2018 se realiza reunión con Supervisoras y Coordinadoras de Enfermería del Hospital San Jorge y del Hospital Provincial para dar a conocer el Manual de Toma de Muestras; se invita a leerlo y plantear las dudas surgidas en la próxima reunión.

? El 28 de junio de 2018: se realiza reunión con Supervisoras de Enfermería para resolver dudas del Manual de Toma de Muestras.

? 21 noviembre 2018: reunión de Facultativos de Microbiología y Supervisoras de Enfermería del Hospital San Jorge y Hospital Provincial; se recogen por escrito las dudas/puntualizaciones sobre el Manual de Toma de Muestras. Desde el Servicio de Microbiología se plantea realizar un póster para colgar en Controles de Enfermería de las plantas de hospitalización donde figuren los contenedores, muestras y temperaturas de conservación de las principales muestras enviadas a Microbiología. Asimismo se presentan los datos de las incidencias relacionadas con la toma y envío de muestras de cada Servicio.

? Diciembre 2018-enero 2019: Recuento de las incidencias registradas en el Laboratorio sobre las muestras mal recogidas o transportadas recibidas en Microbiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? Se medirán el número de consultas realizadas al Laboratorio de Microbiología respecto a la toma, conservación y transporte de las muestras una vez publicado el manual en la intranet del Sector (<2% del total de muestras).

6 consultas/ 22416 total muestras=0.02%

? Se medirán el número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).

73 muestras inadecuadas/22416 =0.32%

? Se medirán el número de muestras mal transportadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).

4 muestras mal transportadas/22416= 0.01%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad que desarrolla el Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas. Este diagnóstico depende de la calidad de la muestra clínica recibida en el Laboratorio; por ello las muestras mal recogidas, transportadas de forma inadecuada, o mal conservadas, pueden implicar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario en la Intranet del Sector es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

Creemos que las reuniones mantenidas durante este año, así como el feed back recibido del personal sanitario encargado de realizar y enviar las muestras al Laboratorio, contribuirán a mejorar este Manual, permitiendo que sea un documento activo y sobre todo útil para conseguir un correcto diagnóstico microbiológico y un adecuado tratamiento antibiótico de cada paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/72 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Nº de registro: 0072

Título
MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA, TORRES SOPENA LUIS, MAIRAL CLAVER PILAR, BELLIDO RUIZ ROSARIO, MATINELO BENITO LOURDES, NIETO CHUPS VIRGINIA, PEREZ SANCHEZ DIEGO, MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Todas la enfermedades sospecha infección
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
Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

RESULTADOS ESPERADOS
Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

MÉTODO
Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

INDICADORES
Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o transporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal transportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

DURACIÓN
La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

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 - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORRES SOPENA LUIS
MAIRAL CLAVER PILAR
BELLIDO RUIZ ROSARIO
MATINERO BENITO LOURDES
NIETO CHUPS VIRGINIA
PEREZ SANCHEZ DIEGO
MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De las actividades planificadas solamente se ha realizado el Manual de toma de muestras para Microbiología. Esto se ha debido a varias circunstancias:

- La responsable del Proyecto, Ana Milagro, debido a la oferta de plaza de interinidades, dejó su trabajo en el Hospital San Jorge para ir al Servicio de Microbiología del Hospital Miguel Servet.

- La realización del Manual de toma de muestras se ha retrasado debido a los cambios que se han ido sucediendo en el Servicio de Microbiología en cuanto a la sistemática de recogida de las muestras; se han ido cambiando reactivos y procedimientos. Por este motivo no ha sido posible finalizarlo hasta finales del año 2017. El resto de las actividades, al depender de la disponibilidad del Manual, no se han realizado, pero quedan pendientes para poder ser continuadas en un segundo proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el Manual de toma de muestras de Microbiología y se ha enviado a la Dirección del Hospital, habiendo sido aprobado para su difusión en la intranet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización como consulta del Manual de toma de muestras por parte del personal de Enfermería y por parte de los facultativos puede redundar en una mejora ostensible en cuanto al diagnóstico de los diferentes procesos infecciosos. Está claro que, cuanto mejor es la toma de una muestra biológica, más probabilidades se tienen de hacer un correcto diagnóstico. A su vez, se va a favorecer un diagnóstico más rápido, un tratamiento más dirigido y una mejor eficacia y eficiencia en la gestión de tratamientos antimicrobianos. La base de un buen diagnóstico microbiológico es una buena muestra.

7. OBSERVACIONES.

Quisiera hacer constar que, debido a que la responsable del Proyecto, Ana Milagro, por motivos de movilidad laboral, tuvo que trasladarse a otro Hospital de nuestra Comunidad, no pudo realizar el seguimiento de este Proyecto. Por lo tanto, he sido yo, Luis Torres Sopena, responsable del Servicio de Microbiología del Hospital San Jorge de Huesca, el que ha cumplimentado los datos arriba solicitados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/72 ===== ***

Nº de registro: 0072

Título
MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA, TORRES SOPENA LUIS, MAIRAL CLAVER PILAR, BELLIDO RUIZ ROSARIO, MATINERO BENITO LOURDES, NIETO CHUPS VIRGINIA, PEREZ SANCHEZ DIEGO, MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Otro Tipo Patología: Todas la enfermedades sospecha infección
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

Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

RESULTADOS ESPERADOS

Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

MÉTODO

Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

INDICADORES

Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o transporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal transportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

DURACIÓN

La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a 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 - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAIRAL CLAVER PILAR
SECORUN PACO CRISTINA
GONZALEZ RIOS ISABEL
MALO PINTADO SUSANA
LUIS GRACIA ANA
PELAEZ MARTINEZ CONCEPCION
PALACIO SIN MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una Guía para recoger los mantenimientos de los equipos e incorporar los procedimientos necesarios para realizar en cada equipo, la frecuencia adecuada, así como el personal encargado de realizarlo. Se ha codificado con el código...y está disponible en la intranet, como documento de calidad según la NORMA UNE-EN ISO 15189.

En primer lugar, se codificaron todos los equipos en el módulo de calidad del SIL del Laboratorio de Microbiología y, a continuación, se programaron los diferentes mantenimientos correspondientes a los diferentes equipos. A continuación, se realizó un taller y una sesión en la Unidad para explicar el funcionamiento del módulo de calidad del programa informático del Laboratorio en donde se van a realizar los registros y la forma de registrarlos.

Se ha ido haciendo evaluación trimestral cumpliendo el indicador de >90% del mantenimiento de los equipos realizado.

Igualmente, se han medido las desviaciones detectadas, tanto en auditorías internas como externas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la Guía de mantenimiento de equipos, que está disponible en la intranet, junto con el resto de los documentos relacionados con la acreditación UNE-EN ISO 15189.

Se han alcanzado el resto de los objetivos propuestos: codificación de los equipos, realización del taller y la sesión en el Laboratorio, seguimiento trimestral de los registros de mantenimiento en los que se ha cumplido el indicador y no se han detectado desviaciones en las auditorías interna y externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la aplicación de la Guía en la Laboratorio se ha conseguido implementar la dinámica del registro de los mantenimientos de equipos y favorecer la detección de posibles anomalías en los mismos precozmente y poder aplicar un tratamiento correctivo de una forma rápida.

Igualmente, se han quitado los registros en papel en hojas Excel anteriores a la utilización del módulo de calidad del SIL del Laboratorio, haciendo un uso más ecológico de los recursos.

7. OBSERVACIONES.

Quisiera hacer constar que, debido a que la responsable del Proyecto, Marisa Monforte, por motivos de movilidad laboral, tuvo que trasladarse a otro Hospital de nuestra Comunidad, no pudo realizar el seguimiento de este Proyecto. Por lo tanto, he sido yo, Luis Torres Sopena, responsable del Servicio de Microbiología del Hospital San Jorge de Huesca, el que ha cumplimentado los datos arriba solicitados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/743 ===== ***

Nº de registro: 0743

Título
INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, MAIRAL CLAVER PILAR, SECORUN PACO CRISTINA, GONZALEZ RIOS ISABEL, MALO PINTADO SUSANA, LUIS GRACIA ANA, PELAEZ MARTINEZ CONCEPCION, PALACIO SIN MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Los equipos que integran el L. de Microbiología exigen una inversión considerable y muchas veces tienen altos costes de mantenimiento correctivo. Por lo tanto, es importante contar con un programa de mantenimiento preventivo, adecuadamente planificado y gestionado, que garantice el correcto funcionamiento. Un programa de este tipo prolonga la vida útil de los equipos y minimiza los costes relacionados con su utilización. Es a su vez, requisito de la NORMA UNE EN ISO 15189 en la que el L. de Microbiología del Hospital General San Jorge de Huesca está acreditado.

Una estrategia de mantenimiento preventivo incluye procedimientos tanto de inspección de funcionamiento como de limpieza de los diferentes elementos/componentes del equipo. Las inspecciones de seguridad, en ocasiones, deben realizarse por personal externo al L. de Microbiología como Electromedicina (calibración de pipetas, datalogger, sondas...), y el Laboratorio debe guardar registro de dichas actividades. Las inspecciones de funcionamiento aseguran que el equipo funcione correctamente y el mantenimiento preventivo, propiamente dicho, que es llevado a cabo por los miembros del L. de Microbiología y se realiza con el fin de prolongar la vida útil de los equipos y reducir la frecuencia de desperfectos.

Además, el adecuado estado de conservación de los mismos, garantiza la seguridad y prevención de contaminaciones, tanto para el personal, como en el caso de las cabinas de flujo laminar, que previenen la contaminación del personal que manipula las muestras de riesgo Biológico de nivel 2 como Mycobacterium tuberculosis, Virus de la Gripe, etc. Como en el caso de las estufas para incubación de medios de cultivo, en los que la contaminación por hongos filamentosos puede originar graves problemas de contaminación entre muestras con las consiguientes dificultades diagnósticas

Un programa eficaz de mantenimiento preventivo exige planificación, gestión y ejecución adecuadas. La ejecución apropiada del programa es esencial para garantizar el funcionamiento óptimo de los equipos. Para cumplir dichos requerimientos se propone realizar una guía en la que se recojan los mantenimientos de los equipos y que incorpore los procedimientos necesarios a realizar en cada equipo, la frecuencia adecuada, así como el personal encargado de realizarlo.

El programa informático del L. de Microbiología SIGLO permite configurar la planificación y registro de dicho mantenimiento, para ello es necesario la codificación de los equipos, e introducción en el programa tanto del equipo como el tipo de mantenimiento, la frecuencia y el personal encargado.

RESULTADOS ESPERADOS

Sistematizar y mejorar los mantenimientos de los equipos gracias al programa informático SIGLO, en el que se puede programar un sistema de registro (cumplimiento de la trazabilidad) y de alarmas (cumplimiento de la planificación) que facilitan la dinámica del trabajo del Laboratorio, ayudando a mantener los equipos en las mejores condiciones posibles y garantizando, también, que se cumplan los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad NORMA UNE EN ISO 15189

MÉTODO

La responsable de Calidad del Laboratorio junto con el personal que se requiera, realiza, actualiza y difunde la guía de uso del módulo Mantenimientos del sistema SIGLO en Sesión de Servicio

Se realizará un Taller en el que se explique de forma práctica los mantenimientos necesarios. Este taller será dirigido por los miembros del personal que realiza de forma habitual el mantenimiento

El resto del personal realiza los mantenimientos y los registra en el Sistema informático SIGLO

INDICADORES

Indicador 1: Elaboración de la Guía

Indicador 2: Codificación e Introducción de los equipos y sus mantenimientos al sistema informático del L. de Microbiología

Indicador 3: Realización de Sesión de Servicio y Taller sobre mantenimientos preventivos para los equipos que sean necesarios

Indicador 4: Evaluación trimestral de realización >90% de los mantenimientos realizados en los equipos

Indicador 5: Ausencia de desviaciones en relación a mantenimientos preventivos de equipos tanto en auditoria externa como interna

DURACIÓN

1 año. Las fechas serán aproximadas

Inicio: octubre 2016 final diciembre 2016: Elaboración de guía de mantenimiento preventivo de equipos.

Codificación de equipos e Introducción de códigos y mantenimientos en Sistema Informático del Laboratorio

Enero 2016: Difusión y Formación a los profesionales de Microbiología en sesión del Servicio y Taller en los equipos que sea necesario

Desde Enero: Registro durante el año de todos los mantenimientos preventivos realizados en el L. de Microbiología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

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 - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
ELDUQUE PALOMO AMADEO
LABARTA MONZON LORENZO
MEJIA ESCOLANO DAVID
OMISTE SANVICENTE TERESA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seguimiento de pacientes con bacteriemia, durante el año, informando desde Microbiología los casos positivos e indicando y aconsejando el tratamiento antibiótico más adecuado en cada caso.
- Realización del mapa de resistencias del Sector de Huesca del año 2017
- Informe del consumo de antibióticos del Hospital San Jorge de Huesca durante el año 2017
- Realización de dos cursos de formación en PROA para FEA y MIR: fechas 17 de abril y 4 de diciembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA: 99%. Se considera un resultado favorable =70%
- Tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al Grupo PROA: 100% inferior a 24 horas. El tiempo medio ha sido de una hora. Se considera un resultado favorable un tiempo inferior o igual a 24 horas en el 70% de las bacteriemias.
- Se han realizado dos sesiones formativas: una el 17 de abril de 2018 y otra el 4 de diciembre de 2018.
- Porcentaje de tratamientos empíricos adecuados global: este parámetro es difícil de valorar ya que, en algunas ocasiones, no figura el episodio inicial en las historias clínicas y puede crear confusión. Aun así, se ha valorado en los que los datos estaban disponibles y ha sido de un 52%, mayor del 50% propuesto.
- Mortalidad cruda a los 14 días: la mortalidad de los pacientes con bacteriemia ha sido del 14,7%
- La estancia media hospitalaria hasta el alta ha sido de 15 días, con una mediana de 10 días.
- Mapa de resistencias de 2017: realizado en mayo de 2018.
- Medición del consumo de antibióticos: está disponible en la intranet del Sector el consumo en DDD/100 estancias correspondiente a los años 2015, 2016 y 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante el trabajo en equipo y multidisciplinar. Desde la implantación del PROA en el Hospital se ha mejorado la asistencia a los pacientes con bacteriemia, realizándose un diagnóstico y tratamiento precoz y más dirigido. De la misma manera, en aquellos pacientes a los que se le dio el alta desde Urgencias, fueron localizados y monitorizados para valorar el tratamiento administrado y la necesidad o no de volver al hospital para evaluar la situación clínica. Todo ello ha supuesto una gran mejora asistencial. Por otro lado, se ha mejorado la prescripción antibiótica debido a la mayor concienciación del personal facultativo en el buen uso de antimicrobianos. Pero todo ello debe ser monitorizado a lo largo de estos años e ir corrigiendo aquellas situaciones con opciones de mejora, sobre todo las pautas de tratamiento que se pueden ir ajustando a las necesidades de cada paciente y evitar dosificaciones alargadas en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

El principal problema que tienen estos proyectos es la falta de tiempo destinado a la recogida de datos y seguimiento de pacientes. Esto es así por la falta de medios, sobre todo humanos, y la alta presión asistencial. Por ello, sería conveniente poder destinar más tiempo de personal para poder avanzar de una forma más rápida en la consecución de los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1718 ===== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO

- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.
- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.

Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.

Formación, se prevén acciones:

- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del

PROA

- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES

- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias). Caracterización de mecanismos de resistencia
- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN

- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO
ELDUQUE PALOMO AMADEO
MEJIA ESCOLANO DAVID
OMISTE SANVICENTE TERESA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seguimiento de pacientes con bacteriemia, indicando y aconsejando el tratamiento antibiótico más adecuado en cada caso
- Realización del mapa de resistencias del Sector de Huesca de 2018.
- Informe del consumo de antibióticos del Hospital San Jorge de Huesca
- Realizar dos cursos de formación en PROA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Presentación del Mapa de resistencias del Sector de Huesca en 2018:S/N. Presentado en sesión clínica del Hospital el 17/10/2019. Objetivo cumplido.
- Informe del consumo de antibióticos en 2018: S/N. Se ha realizado un informe que disponible en la intranet del Sector de Huesca. Objetivo cumplido.
- Seguimiento de bacteriemias y vigilancia de microorganismos multi-resistentes: =80% Se han informado el total de bacteriemias y el total de microorganismos multi-resistentes (100%). Objetivo cumplido.
- Medir mortalidad cruda a los 14 días: S/N. Se ha detectado una mortalidad del 4,4%. Objetivo cumplido.
- Medir estancia media hospitalaria: S/N. La estancia media ha sido de 13 días, con una mediana de 8 días. Objetivo cumplido.
- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA: =80%. El % de pacientes atendidos ha sido del 98,1%. Objetivo cumplido.
- Medición del tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al grupo de PROA: =24 h. El 100% ha sido inferior a 24 horas. Objetivo cumplido.
- Realización del Documento PROA S/N. Se ha realizado el Documento de PROA que está disponible en la intranet del Sector. Objetivo cumplido.
- Designar FEAs de enlace de diferentes Servicios/Unidades que más relación tienen con la prescripción de antimicrobianos. Al menos 5 FEAs. Se han designado 15 FEAs de 15 servicios/unidades diferentes, incluyendo Hospital Sagrado Corazón. Objetivo cumplido.
- Realizar dos sesiones formativas en el año. S/N. Se han realizado dos sesiones de formación: una relacionada con las infecciones del tracto urinario (23/05/2019) otra relacionada con las infecciones del tracto respiratorio superior (4/12/2019). Objetivo cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante el trabajo en equipo y multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1718 ===== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO

- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.

- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados

- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.

Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.

Formación, se prevén acciones:

- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA

PROA

- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES

- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
 - 1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
 - 2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias). Caracterización de mecanismos de resistencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN

- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
OMISTE SANVICENTE TERESA
LABARTA MONZON LORENZO
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hecho una evaluación de las necesidades en cuanto a medios, equipamiento, recursos y personal.
Se ha realizado una presentación del Programa de PROA en el Hospital, en sesión clínica, para todos los facultativos y residentes.
Se ha hecho una evaluación del consumo de antibióticos.
Se han sacado los resultados de las DDD/100 estancias.
Se ha realizado el mapa de resistencias correspondiente al año 2016.
Se ha realizado la Guía de Tratamiento antibiótico del Hospital.
Se han monitorizado las bacteriemias diagnosticadas y se ha realizado el seguimiento de los pacientes. Se comunicaba la positividad de los hemocultivos a los miembros del PROA y estos, a su vez, lo comunicaban a los facultativos responsables de los pacientes afectados. De esta manera se comenzaba un tratamiento más dirigido y precoz. Lo mismo con los pacientes de Atención Primaria: se contactaba al médico de AP para que hiciera un seguimiento estrecho de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Finalización de la Guía de tratamiento antibiótico del Hospital.
Se han obtenido las DDD/100 estancias, para poder comparar los resultados en los años siguientes.
Se ha obtenido el consumo de antibióticos para poder hacer un seguimiento tras aplicar las estrategias de PROA.
Con el mapa de resistencias se podrá observar la evolución de las mismas a lo largo de los años y, de esta manera, ver si el PROA está siendo efectivo.
Queda pendiente la medición de la mortalidad a los 14 días por bacteriemias; este dato es más complicado de obtener y se están revisando las historias de los pacientes para terminar de completar el seguimiento durante el año 2017.
Se ha disminuido el tiempo de diagnóstico de las bacteriemias ya que, desde que se ha implantado el seguimiento de estos pacientes, en menos de media hora son localizados y tratados de forma dirigida, bien dejando el tratamiento antibiótico inicial o bien, en cada caso, cambiarlo por uno más adecuado a los microorganismos detectados.
En estos momentos se está diseñando una encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los grupos de trabajo PROA pueden ser altamente eficaces y eficientes en la toma de decisiones para tratar correctamente a los pacientes. Esto, a su vez, va a redundar en un mejor manejo de antibióticos, logrando una menor aparición de resistencias.
Igualmente, se han quitado los registros en papel en hojas Excel anteriores a la utilización del módulo de calidad del SIL del Laboratorio, haciendo un uso más ecológico de los recursos.

7. OBSERVACIONES.

.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1718 ===== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO

- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.

- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.

Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.

Formación, se prevén acciones:

- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA

PROA

- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES

- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias).

Caracterización de mecanismos de resistencia

- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.

- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN

- Formación del PROA: 11-Mar-2016

- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI

- Ene-2017: programar objetivos

- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)

- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)

- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)

- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)

- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.

- Formación MIR: comienzo con año académico.

- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).

- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGULO LOPEZ ITZIAR
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION
MALO PINTADO SUSANA
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA
OSTA PEREZ MERCHE
GRACIA LOSILLA EVA
PINILLA MAINAR CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emiten informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello, en primer lugar, desde el 1 de enero de este año, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, se procede a informar su visión directa por tinción GRAM. En segundo lugar, a partir del 1 de marzo de este año, en aquellas muestras que el equipo de incubación de hemocultivos indica que son positivas antes de las 10 de la mañana, y que por lo tanto nos permite llevar a cabo el procedimiento necesario, se procede a la identificación precisa del microorganismo presente en dicho cultivo mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF. A partir de esta identificación se están realizando informes en un lapso de tiempo de 4-6horas respecto al emitido con la visión de gram. Con dichos informes los facultativos correspondientes adecuan el tratamiento antibiótico para que éste sea más dirigido. Para dejar registro de la actividad y poder explotar los indicadores, se está procediendo al registro de las horas a las que se realiza el primer y el segundo informe en el sistema informático del laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos (desde 01/01/2018). Objetivo: >85%
Resultados alcanzados: 100%

Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-ToF/Total de hemocultivos positivos (desde 01/03/2018). Objetivo: >50
Resultados alcanzados: 51,18%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El indicador referido al informe preliminar de la identificación ha sido algo por debajo de lo esperado pero sin embargo dentro del objetivo propuesto para este primer año de implantación.

Sobre un total de 297 hemocultivos positivos entre el 01/03/2019 y 31/12/2018, se ha podido efectuar una identificación preliminar en 152. De media se ha efectuado la identificación con una deficiencia de 3,6h +/- 0,8 respecto a la visión directa de tinción gram.

Esta identificación precoz ha permitido orientar la terapéutica antimicrobiana en todos los pacientes mencionados gracias a la colaboración con el Grupo PROA del Hospital San Jorge. Gracias a la metodología de trabajo de este grupo y el ágil flujo comunicativo, toda identificación precoz ha sido notificada al médico responsable de cada uno de los pacientes, ofreciendo asesoramiento a cerca de la conducta adoptar en aquellos casos en que dicho médico así lo solicitaba. A medio plazo podrán hacerse estudios epidemiológicos que muestren la efectividad de este procedimiento a la hora de prevenir la aparición de multirresistencias, gracias a la minimización de el uso de terapias empíricas con antibióticos de amplio espectro.

Por otro lado los 145 hemocultivos restantes no han podido identificarse de forma precoz principalmente debido a la ausencia de atención continuada en horario de tardes y festivos en el Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Para poder llevar a cabo esta identificación, es necesaria una incubación previa del subcultivo realizado en medio sólido a partir del frasco positivo de hemocultivo de 4horas. Esto hace que aquellos hemocultivos positivos más tarde de las 10 de la mañana no puedan ser objeto de este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/479 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Nº de registro: 0479

Título
INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Autores:
ARRIBAS GARCIA JORGE, ANGULO LOPEZ ITZIAR, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, MALO PINTADO SUSANA, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, OSTA PEREZ MERCHE, GRACIA LOSILLA EVA, PINILLA MAINAR CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente se ha demostrado la importancia de la llamada medicina personalizada, basada en utilizar el fármaco adecuado para la persona indicada en el momento oportuno. En las enfermedades infecciosas, un diagnóstico ágil, acertado y un tratamiento apropiado son esenciales tanto para la curación del paciente como para disminuir su morbimortalidad. Hasta ahora los pacientes con Bacteriemias debían esperar entre 24/48h desde que el frasco de hemocultivo resultaba positivo hasta que se identificaba el germen causante, tiempo en ocasiones excesivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Recientemente se ha implantado en el Hospital San Jorge un grupo de PROA mediante el que se pretende racionalizar y optimizar el uso de los antibióticos, adecuando su espectro y duración al patógeno así como al foco infeccioso. Desde el Laboratorio de Microbiología se lleva a cabo un apoyo constante a dicho grupo, tratando en todo momento de perfeccionar los métodos utilizados para identificar las etiologías de las enfermedades infecciosas. Entre otras cosas aspira cada día a agilizar los procesos, aspecto que condiciona la evolución clínica de los pacientes, su estancia hospitalaria así como la probabilidad de error en el tratamiento empírico. En el laboratorio de Microbiología, se incorporó la técnica de espectrometría (MALDI-ToF) el 1 de Marzo de 2018. Esta técnica proteómica, basada en el estudio y caracterización del conjunto de proteínas expresadas por un genoma microbiano, destaca por su rapidez y fiabilidad en la identificación de microorganismos, así como su bajo coste en reactivos. La implementación de esta técnica, junto con las técnicas de tinción a partir de Hemocultivos positivos, nos brinda la oportunidad de elaborar informes preliminares a los clínicos responsables de los pacientes afectados de patologías infecciosas. Estos informes ayudarán significativamente a una adecuada prescripción en la terapia antibiótica con todo lo que ello implica en cuanto a pronóstico y consumo de recursos sanitarios.

MÉTODO

Se va a implementar un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emitirán informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello se pretende, en primer lugar, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, informar su visión directa por tinción GRAM y, en segundo lugar, mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF en esas mismas muestras positivas de hemocultivos, realizar informes concretando la identidad del patógeno infeccioso, ambos informes en un lapso de tiempo de 4-6horas entre uno y otro. Esto nos permitirá adelantar incluso en 48/72 horas el resultado de la identificación microbiana si se compara con la identificación bioquímica clásica y en 24 horas si se compara con la identificación mediante MALDI-ToF a partir de colonias bacterianas o fúngicas, lo que tiene un impacto clínico evidente, ofreciendo la posibilidad de implementar un tratamiento antimicrobiano precoz más dirigido en los pacientes con sepsis.

INDICADORES

Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >85%
Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-TOF/Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >50%

DURACIÓN

Se registrarán los indicadores en el Sistema informático del laboratorio (SIL) y se explotarán una vez al año.
-Comienzo registro gram preliminar: 1 de Enero 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

- Comienzo registro Mald-TOF preliminar: 24 Abril 2018.
- Explotación resultados: Enero 2019.

OBSERVACIONES

-

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ITZIAR ANGULO LOPEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRIBAS GARCIA JORGE
MAIRAL CLAVER PILAR
CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS
PALACIO SIN MARIA DE LA O
UBIETO ROLDAN ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha planificado un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de Microbiología.

-05/09/2018 Sesión clínica Sección Orinas; M^a Pilar Mairal Claver: Novedades sección urocultivos (futuro cribador de orinas y posible nueva rutina).
-12/09/2018 Sesión clínica Sección Hemocultivos. Jorge Arribas García: Novedades introducidas en la sección (comentarios mapa de resistencias, registro horas positividad frascos, registro horas informe identificación grupo PROA, etc.).
-19/09/2018 Sesión clínica Sección Genital y E.T.S; Ana Betrán Escartín: Caso clínico, vaginitis por P.multocida en paciente con CA genital.
-26/09/2018 Sesión clínica Sección Serología Hepatitis; Luis Torres Sopena: Actualización en posibles patrones serológicos de Hepatitis A, B, C, y E.
-03/10/2018 Sesión clínica Sección coprocultivos; M^a Pilar Mairal Claver: Incremento de casos por Campylobacter coli en el último semestre.
-10/10/2018 Sesión clínica Sección Epidemiología; Jorge Arribas García: Filtros de retenciones antibióticas implementadas en el SIL.
-17/10/2018 Sesión clínica Sección Piel y Partes Blandas; Ana Betrán Escartín: Caso clínico Actinomyces Peni R en onfalitis en niño de 9 años.
-24/10/2018 Sesión clínica Sección Diagnóstico Molecular; Luis Torres Sopena: Brote de Sarampión.
-07/11/2018 Sesión clínica Sección Parásitos; M^a Pilar Mairal Claver: Exposición caso clínico "Paciente fallecida por shock anafiláctico relacionado con Hidatidosis de 20 años de evolución.
-14/11/2018 Sesión clínica Sección Bacteriología Respiratoria; Jorge Arribas García: Control ambiental de Broncoscopios. A proposito de una serie de casos de broncoaspirados positivos a P.aeruginosa de posible origen en el dispositivo.
-21/11/2018 Sesión clínica Sección Micobacterias; Ana Betrán Escartín: Evaluación del Control de Calidad Externo trimestral (MB-2/18): Por qué de resultado no esperado en dicho control.
-28/11/2018 Sesión clínica grupo PROA; Luis Torres Sopena: Presentación de nueva tabla para registro de pacientes con bacteriemias intervenidos en grupo PROA.
-12/12/2018 Sesión clínica Sección Líquidos Biológicos; Ana Betrán Escartín: Caso clínico de Meningitis asociada a anestesia epidural.
-19/12/2018 Sesión clínica Serología de Virus respiratorios; Luis Torres Sopena: Actualización y recordatorio de protocolos y procedimientos en puertas de la temporada de Gripe.

Dichas sesiones constan de una presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.
Tras cada sesión, se lleva a cabo un turno de ruegos y preguntas que permite la interacción entre los docentes y discentes para llegar a una resolución conjunta o elaboración de conclusiones. Al finalizar la sesión, se realiza una encuesta de satisfacción de la actividad así como un registro de asistencia por parte de los discentes(firmas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%. Resultado 100%
-Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.
Resultado 100%
-Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).
Resultado 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han podido llevar a cabo todas las sesiones planificadas y con asistencia total por parte del personal. Ha sido importante en la consecución de los objetivos el haber consensado previamente los días en los que se iban a impartir dichas sesiones con todo el personal así como el haber acreditado estas sesiones, lo cual ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

propiciado una motivación extra para todo él. Esta asistencia ha redundado en una formación global de todo el personal y creemos que en una mejora en la calidad del servicio prestado por cada uno de nosotros.

En cuanto a los aspectos mejorables, se ha planteado el incorporar medios audiovisuales (tipo proyector o pantalla de TV grande) que faciliten las presentaciones llevadas a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/503 ===== ***

Nº de registro: 0503

Título
ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Autores:
ANGULO LOPEZ ITZIAR, ARRIBAS GARCIA JORGE, MAIRAL CLAVER PILAR, CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS, PALACIO SIN MARIA DE LA O, UBIETO ROLDAN ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La necesidad de planificar un programa de sesiones multidisciplinares en el Servicio de Microbiología nace de las peticiones reiteradas de los distintos profesionales que trabajan en la Unidad, de hecho se ha sugerido en entrevistas personales con los miembros de la plantilla en numerosas ocasiones.

Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio puedan interactuar y aprender unos de otros.

Así mismo, muchos de los contenidos de las sesiones semanales obedecen a la necesidad de hacer partícipe al servicio de nuevas evidencias científicas que necesitan de ser implementadas en la práctica diaria, así como de la revisión del Servicio de nuevas metodologías de trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del programa de sesiones multidisciplinares es disponer de una herramienta de mejora del personal sanitario a través de la Formación Continuada y Reciclaje de los profesionales.

Los objetivos más específicos de este programa de sesiones serían:

- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos infecciosos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del Servicio, facilitando además la interacción entre distintos Servicios y Unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos en enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria.
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio.
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos.
- Potenciar el feed-back de la información a los profesionales del servicio.

MÉTODO

Se planificará un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Microbiología, basándonos en la siguiente metodología:

- Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.
- Tras cada sesión, se abrirá un turno de ruegos y preguntas que permita la interacción entre los docentes y discentes y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.
- Al finalizar la sesión, se realizará una encuesta de satisfacción de la actividad.
- Asimismo se cumplimentará por parte de los discentes una hoja de asistencia (firmas).

INDICADORES

- Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%.
- Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.
- Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).

DURACIÓN

Inicio de la actividad: 01-09-2018.

Periodicidad semanal de las sesiones programadas.

Finalización de la actividad: 31-12-2018.

Evaluación del proyecto: Enero de 2019. Revisión de la asistencia requerida y valoración del programa de sesiones mediante las encuestas de satisfacción.

OBSERVACIONES

-

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0336

1. TÍTULO

POSTER INFORMATIVO TOMA MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ROSA CORED NASARRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARCOS GALEOTE ANGELA
ALOS CORONAS ELENA
LOPEZ VILLA ANA
UBIETO ROLDAN ANA BELEN
LUIS GRACIA ANA
LIESA LAFITA PAULA DEL CARMEN
MALO PINTADO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-SE ELABORA UN POSTER DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DONDE FIGURAN EL TIPO DE MUESTRA, CONTENEDORES A UTILIZAR Y TEMPERATURA DE CONSERVACIÓN DE LAS MISMAS.

-EL 2 DE ABRIL 2019: REUNIÓN CON EL PERSONAL DE LABORATORIO EN LA QUE SE EXPONE LA IDEA DE ELABORAR UN PÓSTER DE TOMA DE MUESTRAS.

SE ACUERDA OTRA REUNIÓN POSTERIOR PARA EL 9 DE ABRIL (PUESTA EN COMÚN DE CONCEPTOS SOBRE LA ELABORACIÓN DEL MISMO).

-9 ABRIL: SE ACUERDA EL TIPO DE MUESTRAS, CONTENEDORES Y TEMPERATURAS QUE FIGURARÁN EN EL POSTER.

(TANTO LA SUPERVISORA COMO EL JEFE DE SERVICIO COMUNICAN A LOS COORDINADORES DE CENTROS DE SALUD Y HOSPITAL PROVINCIAL QUE SE ESTÁ ELABORANDO ESTE POSTER).

-DE MAYO A AGOSTO: SE ELABORA EL POSTER, TOMANDO COMO REFERENCIA EL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS QUE ESTÁ PUBLICADO EN LA INTRANET DEL SECTOR.

-20 NOVIEMBRE: EN SESIÓN DEL HOSPITAL (EN DOS FRANJAS HORARIAS DE 9 Y 14 HORAS) SE PRESENTA EL POSTER A TODO EL PERSONAL SANITARIO.

-DICIEMBRE 2019: EL POSTER ESTÁ REALIZADO, SÓLO PENDIENTE DE IMPRESIÓN Y REPARTO POR LOS DISTINTOS SERVICIOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ELABORACIÓN DE UN PÓSTER SOBRE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA COMUNICACIÓN CON SERVICIOS DIFERENTES APORTAN NUEVAS PERSPECTIVAS Y NOS AYUDAN A MEJORAR EL TRABAJO DIARIO. PARA UN DIAGNÓSTICO ADECUADO, LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS HAN DE LLEGAR EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/336 ===== ***

Nº de registro: 0336

Título
POSTER INFORMATIVO TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

Autores:
CORED NASARRE ROSA, ARCOS GALEOTE ANGELA MARIA, ALOS CORONAS ELENA, LOPEZ VILLA ANA, UBIETO ROLDAN ANA BELEN, LUIS GRACIA ANA MARIA, LIESA LAFITA PAULA DEL CARMEN, MALO PINTADO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0336

1. TÍTULO

POSTER INFORMATIVO TOMA MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Laboratorio de Microbiología, la calidad de la fase analítica y sus resultados dependen en gran medida de la fase preanalítica. Las muestras mal recogidas, transportadas de forma inadecuada, o mal conservadas, pueden implicar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados. Con la existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario en la intranet del Sector de Huesca se pretende que las muestras clínicas cumplan los requerimientos adecuados para su estudio microbiológico (recipiente adecuado, volumen, transporte y conservación). Como el Manual de Toma de Muestras es un documento exhaustivo, creemos que la elaboración de un póster de fácil consulta y accesible al personal responsable de la obtención y envío de muestras, permitirá que éstas lleguen en las condiciones necesarias para realizar un correcto diagnóstico microbiológico.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es la realización de un póster informativo donde figuren los contenedores, y características del transporte y conservación de las muestras más comúnmente enviadas al Servicio de Microbiología. Este póster pretenderá ser una guía accesible para facilitar la labor de elección, obtención y manejo de las principales muestras microbiológicas.

MÉTODO

Se pretende elaborar un póster informativo donde figuren los contenedores, temperaturas de conservación y observaciones a tener en cuenta sobre las principales muestras enviadas al Servicio de Microbiología. Una vez elaborado, se colocará en las distintas unidades de enfermería de las plantas de hospitalización del Hospital San Jorge y del Hospital Sagrado Corazón así como en los Centros de Salud del Sector Sanitario para que sirva de guía rápida y accesible a los profesionales encargados de realizar y enviar las muestras al Laboratorio.

INDICADORES

Se realizará una reunión con el personal sanitario encargado de realizar y enviar las muestras, con el fin de presentar el póster y recoger opiniones/comentarios sobre el mismo; se pretende que sea un documento útil que contribuya a mejorar aspectos relativos a la recogida y procesamiento inicial de las muestras, minimizando errores en la fase preanalítica e incrementando la calidad del diagnóstico microbiológico.

Los indicadores serán los siguientes:

- Reunión con personal sanitario encargado de realizar/enviar muestras: Si/No
- Reunión con Coordinadores de Atención Primaria: Si/No
- Realización poster: Si/No
- Número de posters/total plantas, centros salud =80%

DURACIÓN

- Elaboración del póster: febrero a mayo 2019
- Presentación del mismo a personal encargado de toma de muestras y coordinadores: junio 2019
- Publicación e impresión del mismo: a partir de junio de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0341

1. TÍTULO

EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAIRAL CLAVER MARIA PILAR
VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
PINILLA MAINAR CRISTINA
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA
MALO PINTADO SUSANA
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION
PALACIO SIN MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018 se estudiaron las cepas de E. coli aisladas de urocultivos de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada del Sector de Huesca. Se determinó la sensibilidad a once antibióticos de uso frecuente. Se analizó la existencia de diferencias estadísticamente significativas de sensibilidad en los años estudiados, comparando los intervalos de confianza al 95% por el método de Fisher.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

E. coli ha sido la bacteria más frecuentemente aislada durante estos años estudio. La resistencia se ha mantenido por debajo del 4% frente a fosfomicina y nitrofurantoína y por debajo del 12% en cefalosporinas de tercera generación. En cefuroxima y amoxicilina-clavulánico se ha observado un significativo aumento de la resistencia en las cepas hospitalarias con respecto a las de la comunidad en este periodo. Los máximos niveles de resistencia (superior al 20%) se encontraron en los antibióticos administrados vía oral y frecuentemente indicados en infecciones urinarias no complicadas: trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y amoxicilina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, el tratamiento empírico de primera elección para las ITU en nuestra área sanitaria podría ser fosfomicina, nitrofurantoína o cefalosporinas de segunda generación, pero estas últimas sólo a nivel comunitario; a nivel hospitalario su uso sin testar en antibiograma estaría desaconsejado por el porcentaje creciente de resistencias que presentaron. No se recomendaría como pauta de primera elección el tratamiento con amoxicilina-clavulánico, porque a nivel global su índice de resistencias es casi del 18% y por la mayor frecuencia de recurrencias/reinfecciones. Trimetoprim-sulfametoxazol y quinolonas estarían desaconsejadas como pautas de primera elección por el elevado índice de resistencias globales mostradas en estos tres años de estudio.

El conocimiento periódico y actualizado de los patrones de sensibilidad de los microorganismos más frecuentemente aislados en muestras de orina en cada área de salud permite elegir tratamientos empíricos más adecuados y eficaces.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/341 ===== ***

Nº de registro: 0341

Título
EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
BETRAN ESCARTIN ANA I, MAIRAL CLAVER MARIA PILAR, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, PINILLA MAINAR CRISTINA, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, MALO PINTADO SUSANA, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, PALACIO SIN MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0341

1. TÍTULO

EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria y tiene todavía una gran incidencia en el ambiente hospitalario, incluso con las tendencias actuales decrecientes tal y como se publican en los últimos estudios epidemiológicos españoles. El conocimiento de los patrones antibióticos de las bacterias que más frecuentemente producen ITU en el ámbito local, es importante para indicar un tratamiento empírico racional y adecuado. El proyecto de mejora pretende por un lado investigar las infecciones urinarias de nuestro Sector Sanitario con el fin de conocer el perfil y evolución de la sensibilidad antibiótica y en segundo lugar, valorar si algunas de las pautas de tratamiento empírico comúnmente recomendadas por guías clínicas españolas, serían aplicables en nuestro entorno en función de los resultados obtenidos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evaluar la resistencia a varios antibióticos en cepas de Escherichia coli aisladas en muestras de orina de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada en el Sector de Huesca en un periodo de 3 años.
- Valorar si algunas de las pautas de tratamiento empírico recomendadas por guías clínicas en nuestro país, serían aplicables en nuestro entorno.
- Implicar a los profesionales sanitarios en un proceso de mejora continua en el uso de antibióticos.

MÉTODO

Se estudiarán las cepas de E.coli aisladas de urocultivos de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada del Sector Sanitario de Huesca desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018. Se determinará la sensibilidad a antibióticos de uso frecuente (fosfomicina, nitrofurantoína, cefuroxima, cefotaxima, tobramicina, amoxicilina-clavulánico, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y ampicilina). Se determinarán las proporciones de resistencias a los antibióticos indicados, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

INDICADORES

Los indicadores en este estudio van a ser:

- Medir la evolución del patrón de resistencia antibiótica de las cepas de E.coli aisladas en los últimos años en ITU comunitarias/ hospitalarias de nuestro Sector Sanitario durante tres años.
- Comprobar si el incremento/disminución de la resistencia antibiótica ha sido estadísticamente significativo en este periodo.
- Deducir opciones de tratamientos antibióticos empíricos según los resultados obtenidos.

DURACIÓN

- Hasta junio de 2019: recopilación de datos de resistencia antibiótica.
- Desde julio de 2019: análisis estadístico de los datos y publicación/divulgación de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS SUPERIORES DE LABORATORIO)

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ANA LUIS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALOS CORONAS ELENA
ARCOS GALEOTE ANGELA
PINILLA MAINAR CRISTINA
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION
PALACIOS SIN MARIA DE LA O
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA
UBIETO ROLDAN ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE CONVOCA LA PRIMERA REUNIÓN DE TODO EL PERSONAL EL DÍA 4 DE MARZO DE 2019. CON LA ASISTENCIA DE TODO EL PERSONAL (TEL, SUPERVISORA Y FEAS) SE COMENTA EL OBJETIVO DEL PROYECTO (EN UN PLAZO DE TRES AÑOS TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO TENGA CONOCIMIENTO DE TODOS LOS PUESTOS DE TRABAJO). -SE EXPONEN LAS VENTAJAS :
-QUE TODO EL PERSONAL CONOZCA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS PUESTOS: LAS VACACIONES, PUENTES... PODRÁN ELEGIRSE NO ENTRE DIEZ SINO ENTRE TRES COMPAÑEROS
-LA CARGA DE TRABAJO DE CADA SECCIÓN PODRÁ COMPROBARLA CADA TRABAJADOR YA QUE TODO EL MUNDO ROTARÁ POR TODOS LOS PUESTOS.

SE CONVOCA OTRA REUNIÓN PARA EL 20 DE MARZO CON PROPUESTAS, REPARTOS, DUDAS...

-EN LA REUNIÓN DEL 20 DE MARZO SE DIVIDE EL LABORATORIO EN TRES SECCIONES CON ACUERDO DE TODO EL PERSONAL:

-SECCION 1 DOS TEL EN PREANALÍTICA Y UN TEL EN SEROLOGÍA;

- SECCIÓN 2: DOS TEL SIEMBRAS Y UN TEL LECTURA DE ORINAS;

-SECCIÓN 3: DOS TEL LECTURA EXUDADOS Y UN TEL BK.

AL AÑO SIGUIENTE, CADA GRUPO ROTARÁ A LA SECCIÓN SIGUIENTE.

CON ESTAS ROTACIONES SE PODRÁ SOLVENTAR LA INCIDENCIA DE SALUD LABORAL (2 TEL NO PUEDEN ROTAR POR DETERMINADOS PUESTOS) SIN INTERFERIR EN EL RESTO DE SECCIONES.

CON ESTA ORGANIZACIÓN QUEDARÁ UN TEL DE POOL QUE REFORZARÁ LOS LIBRES Y EN EL PRIMER PERIODO SERÁ EL COMODÍN PARA REFORZAR LAS SECCIONES.

SE ESTABLECE UN PERIODO DE TRES MESES PARA APRENDIZAJE Y EL OBJETIVO ES QUE A FINAL DE AÑO 2019 TODOS LOS TEL CONOZCAN TRES PUESTOS.

EL 15 DE ENERO DE 2020 EL JEFE DE SERVICIO, ADJUNTOS Y LA SUPERVISORA EVALÚAN LA ROTACIÓN DE LOS TEL SIENDO LA NOTA DE TODOS "APTO" Y QUEDA DOCUMENTO ESCRITO ARCHIVADO DE CADA ROTACIÓN.

EN FEBRERO CONTINUARÁN LAS ROTACIONES PARA EL AÑO 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% DE LOS TEL CONOCEN TRES PUESTOS DE TRABAJO.

EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL ES ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEJORA AMBIENTE DE TRABAJO AL COMPARTIR TAREAS CON LAS ROTACIONES DE PUESTO DE TRABAJO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/696 ===== ***

Nº de registro: 0696

Título
MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL T.E.L.

Autores:
LUIS GRACIA ANA MARIA, ALOS CORONAS ELENA, ARCOS GALEOTE ANGELA MARIA, PINILLA MAINAR CRISTINA, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, PALACIO SIN MARIA DE LA O, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, UBIETO ROLDAN ANA BELEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS SUPERIORES DE LABORATORIO)

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado en el Servicio de Microbiología que ante varias incidencias solapadas había que improvisar soluciones. Los T.E.L. de Servicio de Microbiología estaban muy preparados en una o dos secciones del Laboratorio pero el resto no las conocían con profundidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Al finalizar el año 2019, todos los T.E.L. del Servicio de Microbiología conocerán, al menos 3 puestos de trabajo perfectamente.

MÉTODO

Se establecen 3 grupos de 3 T.E.L. para rotar en 3 secciones. Se organiza un planing para rotar en un tiempo determinado por cada sección. Entre los 3 T.E.L. de cada grupo se sustituirán vacaciones fuera del periodo vacacional, días de libre disposición y posibles incidencias.

INDICADORES

Que el 90% del personal T.E.L. del Servicio de Microbiología, conozca al menos 3 puestos de trabajo perfectamente. Evaluación en Diciembre del 2019 por el jefe del Servicio de Microbiología.

DURACIÓN

A primeros de Marzo se crearán las secciones con los T.E.L. integrantes y se realizará una reunión en la que se presentará el planing. De Marzo a Junio se conocerán tres puestos de trabajo, la formación será de 1 mes máximo, dependiendo del grado de conocimiento de los T.E.L. en las secciones. De Julio a Septiembre será el periodo vacacional y en cada sección se optimizará este aprendizaje junto con los sustitutos vacacionales. De Octubre a Diciembre realizarán rotación por los tres puestos de cada sección, un mes por cada sección para afianzar los conocimientos. En el mes de Enero del 2020, el jefe de servicio realizará la evaluación de cada T.E.L. por las distintas secciones de cada grupo. La evaluación será con un APTO o NO APTO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0765

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE INES BEIRED VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
BERGUA AMORES CARLOS
MUNGUIA NAVARRO PAULA
LOGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL
UTRILLA PEREZ MARTA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo establecido se consensuó con el equipo de enfermería integrante en este proyecto la manera de valorar, prevenir y tratar los orificios de salida de los catéteres permanentes (CTP). Posteriormente se ha realizado un protocolo de actuación según el estado (grado) de los orificios de salida (OS). Para la elaboración de dicho protocolo se ha realizado un póster con imágenes de OS de CTP en distinto grado de estado junto con la actuación requerida en cada situación como apoyo visual para todo el personal implicado en el cuidado de los CTP de la unidad de hemodiálisis. El registro del estado de los OS se ha apuntado en la historia electrónica del sistema informático Nefrolink.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se han valorado un total de 1179 veces los OS de 31 CTP (en el 100% de los casos). Según protocolo se han recogido 17 frotis para cultivo, siendo el 0,015% de las valoraciones sospechas de infección. Sólo en el 17% se ha evidenciado crecimiento bacteriano, siendo en todos ellos S. epidermidis. En una paciente se ha retirado el catéter por infección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra unidad de hemodiálisis tenemos muy pocas infecciones relacionadas con CTP a pesar de tener un alto porcentaje como acceso vascular permanente y definitivo. Esto posiblemente sea debido al exhaustivo y minucioso trabajo que se lleva realizando desde hace tiempo en este campo de la nefrología en nuestro servicio (ya se realizó un proyecto para la implantación del catéter y otro para la conexión y desconexión de los pacientes), lo que muestra la alta sensibilidad del personal sanitario de la unidad en este aspecto y los buenos resultados obtenidos. Como conclusión, destacar la importancia de realizar protocolos en colaboración con enfermería respecto al cuidado y tratamiento del paciente.

7. OBSERVACIONES.

No se ha podido realizar la cronología inicial debido a que la aprobación del plan de mejora no se comunicó. Se han obtenido los resultados de todo el año 2017.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/765 ===== ***

Nº de registro: 0765

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Autores:
BEIRED VAL INES, FELEZ JUSTES ISABEL, BERGUA AMORES CARLOS, VIRTO RUIZ RAFAEL, LOGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL, UTRILLA PEREZ MARTA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0765

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

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

PROBLEMA

La incidencia y prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica que precisa de tratamiento renal sustitutivo (TRS) está aumentando cada año. De estos pacientes en TRS más del 40% están en hemodiálisis y menos del 10% en diálisis peritoneal (resto de pacientes son trasplantados renales). Actualmente, en casi todas las unidades de hemodiálisis de España existe una gran prevalencia de catéteres permanentes tunelizados (CPT) como acceso vascular definitivo.

El objetivo de los CPT es proporcionar un flujo sanguíneo adecuado para una diálisis eficaz. Tanto su colocación como su monitorización, atendiendo a las complicaciones que puedan surgir como las infecciones y la disfunción del catéter, son responsabilidad del personal sanitario de la unidad de hemodiálisis, por lo que es imprescindible la elaboración de protocolos para detectarlas, prevenirlas y tratarlas.

Es de gran importancia hacer hincapié en el control de los orificios de salida de los CPT y del túnel subcutáneo, puesto que son la puerta de entrada de las infecciones, y una infección de dichos orificios o del túnel es la causa más frecuente de sepsis de origen en el catéter, causa de disfunción del CPT por desplazamiento de éste y pérdida del acceso vascular.

Actualmente, en España no existen protocolos ni criterios estandarizados para la valoración de los orificios de salida de los CPT y cada hospital elabora los suyos propios, lo que contrasta con el manejo de la diálisis peritoneal donde sí existen desde 1996. (Criterios de Twardowski).

Por todo ello, el Servicio de Nefrología considera imprescindible la elaboración de un protocolo para el cuidado de los orificios de salida de manera similar a lo que se hace en diálisis peritoneal.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolizar y estandarizar la valoración, prevención y tratamiento de los orificios de salida de los CPT de hemodiálisis. Disminuir el número de infecciones de los CPT en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de los CPT.

MÉTODO

En una primera fase, elaboración de un protocolo en el que se establecerán:

- 1) los criterios de los distintos grados del estado (aspecto) de los orificios
- 2) la frecuencia en su graduación y 3) el manejo y tratamiento de los orificios según el grado.

En una segunda fase, se instruirá al personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis mediante la elaboración de un póster con los criterios y el manejo establecidos con apoyo visual (fotografías de los distintos grados de orificios), para unificar visualmente los criterios.

INDICADORES

Porcentaje de oportunidades en las que se ha aplicado el protocolo, (número de oportunidades en las que se debe aplicar el protocolo respecto al número de veces en las que se ha aplicado), mediante un registro. Porcentaje de infecciones relacionadas con el CPT respecto al número de pacientes portadores de catéter. Porcentaje de CPT retirados por infección del mismo.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo e instrucción: noviembre de 2016.
Recogida de datos: diciembre de 2016- mayo de 2017.
Evaluación de los datos: junio de 2017.

OBSERVACIONES

Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis que porten un CPT.

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 - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU
LAGLERA BAILO LORENA
ANORO CASBAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una sesión formativa el día 6/10/2017 a la que asistieron el servicio de medicina interna, la comisión de seguridad clínica, otras especialidades médicas, miembros de servicio centrales como urgencias y farmacia y las supervisoras de enfermería de la quinta y sexta planta. Aquellos servicios que por motivos de logística no pudieron asistir se les informó y aportó material relacionado con la prescripción, dispensación y administración del tratamiento y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. La sesión formativa se realizó mediante exposición con medios audiovisuales (power point) y fue impartida por la responsable del proyecto, Isabel Félez. De ser necesario se aportará el material audiovisual. En estas mismas sesiones se ha recordado la importancia de la seguridad clínica unida a la prescripción

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos han sido facilitados por el servicio de farmacia, enumeraremos por objetivos esperados, por valor de indicadores y resultados
1/OBJETIVO: Establecer un circuito de actuación coordinada entre los facultativos, entre enfermería y el servicio de farmacia hospitalaria. INDICADOR: Proporción del número de validaciones realizadas por farmacia entre las 8 a 13 h con respecto al de validaciones entre las 8 a 16h. RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017: 8 a 13 h 24035 validaciones, 13 a 16 h 26828 validaciones. $24035/26828*100= 89.6\%$ NOVIEMBRE 2017: 8 a 13 h 21040 validaciones, 13 a 16 h 24773 validaciones $21040/24773*100= 85\%$
2/OBJETIVO Uso correcto del texto asociado. INDICADOR: Tasa del número de intervenciones de farmacia en relación con la prescripción de fármacos incluidos en el vademécum del hospital en el texto asociado (incluye añadir fármacos incluidos en guía farmacia y pautados en texto asociados, adecuación de pautas irregulares y sustitución de fármacos no incluidos en guía por equivalentes terapéuticos): RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017 $28/71*100=39.43\%$ NOVIEMBRE 2017 $17/71*100=24\%$
3/OBJETIVO: Disminuir errores con la dosis de fármacos y su vía de administración. INDICADOR: Tasa del número de intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción con respecto al número de estancias. RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017 $16/71*100=22.53\%$ NOVIEMBRE 2017 $21/71*100=29.6\%$
Expuestos los resultados de forma general observamos una leve mejoría de los indicadores calculados posterior a la intervención, por lo que podemos concluir en líneas generales que la intervención en la mejora de la prescripción aunque escasamente ha contribuido de forma favorable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejora en la prescripción electrónica es un arduo trabajo que precisa la implicación de todo el personal sanitario y la coordinación con el servicio de farmacia. La buena realización de estas prácticas genera en primer lugar el beneficio para el paciente, evita la realización de trabajo innecesario tanto por enfermería como por el servicio de farmacia y en último lugar, y no por ello menos importante, garantiza la seguridad clínica en el paciente.

Es necesario continuar de forma reglada con las sesiones de formación e implicar a todos los servicios en su desarrollo. Sugeriría que se incluyera en las sesiones de formación de los residentes y de especial importancia para su cumplimentación que se incluyera en los contratos de gestión de cada servicio dada su relevancia.

7. OBSERVACIONES.

Es importante destacar que el proyecto no ha seguido la cronología inicial debido a que la aprobación del plan de mejora no se comunicó. Destacaremos que los indicadores previos a la intervención de mejora (que es la realización de sesiones formativas) han sido tomados el mes de septiembre del 2017, la intervención se realiza a o largo del mes de octubre del 2017 y los indicadores postintervención en Noviembre 2017.

El plan viene desarrollado por parte de la comisión de seguridad clínica y mortalidad

*** ===== Resumen del proyecto 2016/799 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Nº de registro: 0799

Título
MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, MEJIA ESCOLANO DAVID, CUARTERO CASIN CRISTINA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, BERGUA MARTINEZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS, ESCARTIN LAPLANA ENMA, BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier tipo de patología dentro de las especialidades médicas
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 conjunto de los eventos adversos que se producen en relación a la atención sanitaria, uno de los grupos mas importantes esta en relación con el uso del medicamento. En España entre un 1,4% a un 5,3% de los pacientes hospitalizados sufrieron durante su estancia hospitalaria eventos adversos motivados por errores en la medicación. Los principales tipos de errores fueron: la falta de prescripción de un medicamento necesario, la prescripción de dosis incorrectas o de un medicamento inadecuado, el seguimiento insuficiente del tratamiento y las interacciones entre los fármacos . La omisión fue el error mas frecuente en todos los procesos. Destacar que la segunda línea estratégica del plan nacional de la seguridad para el paciente 2015-2020 es la referente a las Prácticas Seguras y dentro de estas el primer objetivo es promover el uso seguro del medicamento, recomendando a su vez el uso de la prescripción electrónica La prescripción electrónica ha supuesto un gran avance en la seguridad del paciente pero no exento de errores. En nuestro centro hemos realizado un estudio descriptivo para identificar los eventos mas frecuentes en nuestro medio, constatando que en un número no despreciable de ocasiones son secundarios al uso de la herramienta informática .En este plan de mejora que se realiza en colaboración entre la Comisión de Seguridad Clínica y representantes de enfermería, del farmacia hospitalaria y especialidades médicas tiene como fin generar estrategias de trabajo para mejorar la Seguridad del Paciente con respecto a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS
1/•Establecer un circuito de actuación coordinada entre los facultativos, enfermería y farmacia hospitalaria.
2/Disminuir errores con la dosis de fármacos y su vía de administración.
3/Usos correctos del texto asociado
4/Evitar el error utilizando el propio evento adverso.

MÉTODO
1/Formación del personal sanitario relacionado con la prescripción, dispensación y administración del tratamiento estableciendo coordinación entre los diferentes niveles. De relevante importancia es que prescripción del tratamiento pueda ser revisado por el Servicio de Farmacia. Para ello las validaciones deberían realizarse antes de las 13,30 horas.
2/La prescripción electrónica tiene indudablemente grandes ventajas, pero se observan la intervención en numerosas ocasiones por el servicio de farmacia para corregir modificaciones de dosis, de vía o de forma galénica. Se propone que el fármaco al que queremos modificar algún parámetro lo suspendamos y lo prescribamos de nuevo.
3/Estandarización del texto asociado que incluya variables como género de vida, dieta, control de constantes u oxigenoterapia. De forma más específica cada especialidad añadirá las variables que considere .Evitar su uso para la prescripción de fármacos que estén incluidos en el vademécum del hospital. Revisar cada día el texto asociado, borrar todos aquellos epígrafes que no sean necesarios, haciéndolo más operativo.
4/Informar de los eventos adversos en relación al tratamiento. Comunicarlos a través del SINASP

INDICADORES
•Porcentaje del número de validaciones realizadas por farmacia entre las 8 a 13 h con respecto al de validaciones realizadas entre las de 8 a 16 h .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia en relación con la prescripción de fármacos incluidos en el vademécum del hospital en el texto asociado con respecto al número de estancias hospitalarias .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción con respecto al número de estancias.
•Estudio comparativo entre la recogida de datos realizada antes y después de la intervención .

DURACIÓN
• Noviembre y Diciembre 2016: elaboración de sesiones informativas y presentación en las diferentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

especialidades médicas del plan de mejora

• Enero a Mayo del 2017 : Recogida de datos.

• Junio 2017 análisis de datos y estudio comparativo con respecto a los datos obtenidos previamente al plan 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 : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA MUNGUIA NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
INGLES SANZ CRISTIAN
MONTUEGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA
VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha compuesto el grupo de trabajo, responsable de la monitorización y vigilancia del acceso vascular.
- Se ha elaborado el Protocolo de monitorización con métodos de segunda generación (anexo I)
- Se han medido los indicadores con la periodicidad establecida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:

- Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis.
- Estandarizar los métodos de monitorización del acceso entre el personal de enfermería.
- Incluir métodos de segunda generación en la valoración de las FAV.
- La tasa de trombosis de FAV anual entra dentro de los estándares de calidad.

OBJETIVOS ESPERADOS:

- 1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual. Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año: Tasa anual de trombosis: 0.20 trombosis/paciente/año
- 2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral. Estándar: > 90%: 95%
- 3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativas con estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeables después del año. Periodicidad: anual. Estándar: > 50% al año: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El acceso vascular es fundamental para una hemodiálisis óptima. En el año 2017 se publicaron las nuevas Guías del acceso vascular, y el capítulo 7 de las mismas está dedicado a Indicadores de calidad en Hemodiálisis. En nuestra Unidad a través de este Protocolo de calidad queremos conocer la situación actual de las fístulas arteriovenosas nativas.

Los resultados han sido satisfactorios, aunque mejorables. La tasa anual de trombosis del acceso vascular ha sido algo superior a las últimas recomendaciones del Grupo Interdisciplinar español del acceso vascular: 0.2 trombosis/paciente/año frente a una tasa < 0.15 recomendado. Es importante señalar que otras guías clínicas del acceso vascular establecen una tasa de trombosis máxima de FAVn < 0.25, siendo más estricto en España ya que en algunos registros la tasa era menor.

Se ha integrado a la práctica clínica habitual de la Unidad la monitorización del acceso vascular mediante métodos de segunda generación y se ha reforzado los métodos de monitorización de primera generación, todo ello hace que este proyecto de mejora se continúe realizando y forme parte de la actividad habitual en hemodiálisis.

7. OBSERVACIONES.

Señalar que, según el organigrama inicial, el protocolo y la instrucción de la vigilancia del acceso vascular se realizó en junio de 2018 y la primera medida del Qa (flujo del acceso vascular) se realizó en julio, cuando además ya habían ocurrido 2 de las 3 trombosis de FAV que hemos tenido en la Unidad. Por tanto, esperamos que, en adelante, esto no ocurra gracias a los sistemas de vigilancia.

SUGERENCIAS: El proyecto de mejora iba dirigido a la FAV nativa, ampliaremos los métodos de monitorización y vigilancia a las FAV protésicas.

ANEXO I: PROTOCOLO ENFERMERÍA MEDICIÓN FLUJO ACCESO VASCULAR-MÓDULO BTM® (TERMOMODIFICACIÓN)

1. Asegurarnos que puncionamos las dos agujas (arterial y venosa) sobre una misma vena.
2. Realizar la exploración SIN On-Line, Qb 300 mL/min y Flujo de baño 500 ml/min.
3. Anotar el Qb efectivo (mL/min)
4. Anotar la 1ª Recirculación obtenida con las líneas en posición invertida (Rx) %
5. Invertir las líneas de hemodiálisis.
6. Activar de forma manual la medición de la 2ª recirculación con las líneas en posición normal.
7. Anotar la 2ª Recirculación obtenida con las líneas en posición normal (Rn) %
8. Fijar los parámetros de hemodiálisis según la prescripción habitual.
9. Entrar en el programa informático de Hemodiálisis (Nefrolink) > Abrir paciente > Acceso vascular > Vigilancia > Nuevo > Anotar los datos de la sesión (Rn, Rx y Qs) > Aceptar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/437 ===== ***

Nº de registro: 0437

Título
MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Autores:
MUNGUIA NAVARRO PAULA, FELEZ JUSTES ISABEL, INGLES SANZ CRISTIAN, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades renales
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo de la monitorización y vigilancia de la fistula arteriovenosa (FAV) es diagnosticar precozmente la patología de la FAV. La trombosis irreversible de la FAV ocasiona una serie de consecuencias negativas para el paciente prevalente que sigue un programa de Hemodiálisis (HD): reducción del capital venoso, necesidad de la implantación de un catéter venoso central (CVC), menor eficacia de la HD, posible estenosis o trombosis de venas centrales, y la construcción de una nueva FAV. Todo ello incrementa la frecuencia de hospitalización, la morbimortalidad y el gasto sanitario del paciente en HD crónica.
Los métodos o técnicas de cribado o screening para el diagnóstico precoz de la estenosis significativa de la FAV se clasifican en 2 grandes grupos, y se recomienda emplear ambos en las últimas Guías del Acceso Vascular, para la vigilancia de la FAV. Los métodos de primera generación incluyen la monitorización clínica durante la sesión (exploración física, problemas durante la sesión de HD), determinación del porcentaje de recirculación, disminución de la adecuación de la HD, etc. Los métodos de segunda generación permiten calcular el flujo sanguíneo (QA) de la FAV e incluyen los métodos de cribado dilucionales y la ecografía Doppler, presentado ambos un rendimiento equivalente en cuanto a la determinación del flujo del acceso vascular. El método de cribado dilucional, puede calcularse con los monitores de la Unidad de HD actual, sin embargo no se emplean.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis. Incluir métodos secundarios de valoración de la FAV en la Unidad de Hemodiálisis. Disminuir el número de trombosis de FAV en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de la FAV.

MÉTODO
En una primera fase, componer un grupo de responsables del acceso vascular (enfermería y facultativos), encargado de la monitorización final del acceso vascular. En una segunda fase, elaboración de un protocolo e instrucción al personal de enfermería sobre los métodos de monitorización del acceso vascular, para unificar su evaluación y registro, así como implantar la técnica de segunda generación (Cribado dilucional) en la Unidad de HD.

INDICADORES
(Según recomendaciones Guías del Acceso Vascular para Hemodiálisis publicadas en la Revista Nefrología en 2017 del Grupo Español multidisciplinar del Acceso Vascular)
1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual.Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año.
2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral.Estándar: > 90%.
3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativas con estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeables después del año. Periodicidad: anual.Estándar: > 50% al año.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo e instrucción: mayo- junio 2018. Recogida de datos: Se registrará el QA en el programa informático (Nefrolink) de forma bimensual, en la pestaña de "Vigilancia del acceso vascular". Evaluación de los datos: trimestral (enero, abril, julio y octubre de cada año)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

OBSERVACIONES

Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis portadores de FAV.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1035

1. TÍTULO

VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE INES BEIRED VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA AMORES CARLOS
UTRILLA PEREZ MARTA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA
QUILEZ PEREZ LUCIA
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2018 se realizó la primera reunión con el equipo implicado en el desarrollo del plan de calidad. Se impartió una sesión clínica informativa con el título "Nutrición en el paciente con enfermedad renal crónica". Se realizó una hoja de registro de datos aportando: datos demográficos, comorbilidad, parámetros de diálisis, datos analíticos, parámetros antropométricos y tratamiento habitual. Además se valoró la calidad de vida mediante el kdqol-36 y se realizó una encuesta dietética. En julio se realizó la primera valoración de los pacientes y posteriormente cada 3 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado un total de 52 pacientes (95% del total) en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Jorge. Al inicio del estudio, la prevalencia de síndrome de desgaste proteico-energético era del 19% (10 pacientes). En todos ellos se intervino con consejos higiénico dietéticos usando las recomendaciones de las guías de la Sociedad Española de Nefrología y material aportado de la asociación de enfermos renales (ALCER). Los indicadores utilizados para la detección del SDPE son los propios de su diagnóstico. En comparación con otros estudios nutricionales en pacientes renales, nuestra prevalencia es baja puesto que en algunos puede llegar a alcanzar hasta el 30-40%. En las revisiones posteriores realizadas cada 3 meses, el porcentaje de pacientes con dicho síndrome no se había modificado a pesar de instaurar medidas dietéticas apropiadas posiblemente por la importante comorbilidad asociada e incidencias clínicas transcurridas durante el año (infecciones, intervenciones quirúrgicas...)-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del estado nutricional y la detección del síndrome de DPE es esencial en los pacientes con enfermedad renal crónica y aún más en los pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Es imprescindible la actuación e implicación del personal de enfermería tanto para su detección y tratamiento, por lo que es de gran importancia su formación en nutrición específica en el paciente renal. En nuestro proyecto, las enfermeras han sido las encargadas de llevar a cabo todas las mediciones antropométricas y de realizar las recomendaciones nutricionales, por lo su implicación ha sido máxima, conllevando un gran aprendizaje en dicha materia e implicación. Desde la Unidad de Hemodiálisis se considera que tras la realización de este proyecto, se debe hacer extensible al resto del personal de enfermería y así instaurar dicha práctica en la rutina diaria de su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1035 ===== ***

Nº de registro: 1035

Título
VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
BEIRED VAL INES, BERGUA AMORES CARLOS, UTRILLA PEREZ MARTA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1035

1. TÍTULO

VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En 2008, la Sociedad Internacional de Nutrición Renal y Metabolismo (ISRNM) propuso la adopción del término protein-energy wasting (síndrome de desgaste proteico-energético, DPE) como nomenclatura unificadora y punto de partida hacia un mejor conocimiento y tratamiento de los problemas nutricionales en el paciente urémico. El término DPE intenta aunar en una sola entidad patológica las múltiples alteraciones nutricionales y catabólicas que acontecen en la enfermedad renal crónica y que conllevan la pérdida gradual y progresiva de masa tanto muscular como grasa. Es un síndrome común, especialmente a partir del estadio 4-5 de ERC, que está presente en el 30-60 % de los pacientes en diálisis. Las consecuencias clínicas del DPE pueden ser graves y reclaman un tratamiento rápido y efectivo, puesto que se asocia a un incremento de la mortalidad tanto global como cardiovascular, del número de infecciones e ingresos, y a otras muchas comorbilidades.

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar el estado nutricional mediante los actuales criterios del síndrome de DPE en los pacientes en hemodiálisis al inicio del tratamiento renal sustitutivo y cada 3 meses. Los criterios del DPE se basan en: criterios bioquímicos, masa corporal, masa muscular e ingesta dietética. Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.

MÉTODO

Educación en la identificación y manejo de problemas nutricionales al personal médico y de enfermería. Instaurar en la unidad de hemodiálisis un protocolo de valoración del síndrome de DPE y su seguimiento. Consensuar la intervención dietética y nutricionales en el paciente detectado.

Estudio observacional sobre la población en hemodiálisis en el Hospital San Jorge, para lo que se realizará:

- 1.- Creación del grupo de trabajo, consensuar el protocolo y formación de los miembros implicados.
- 2.- Elaboración de base de datos.
- 3.- Establecer las medidas dietéticas y nutricionales adecuadas.

INDICADORES

Determinación de la incidencia y prevalencia del síndrome de DPE en la unidad de hemodiálisis.

Porcentaje de pacientes en los que se haya intervenido con medidas dietéticas y con medidas dietéticas y aportes nutricionales.

DURACIÓN

1.- Sesión informativa, distribución de trabajo y elaboración del protocolo: junio de 2018.

2.- Primera valoración y seguimiento: julio 2018, octubre 2018, enero 2019.

3.- Análisis de los resultados: febrero de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJARAVILLE ASO PILAR
CHARTE ALEGRE MARIA ELENA
GARCIA CALVO ANGEL
QUINTANA VELASCO CARMEN
BEIRED VAL INES
MUNGUA NAVARRO PAULA
BERGUA AMORES CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se constituyó el equipo de mejora y se coordinó con Atención primaria unas reuniones para abordar los puntos a tratar del protocolo. Durante los meses de Septiembre y Octubre del 2018 se ha redactado un documento de consenso entre el servicio de Nefrología del Hospital San Jorge y Atención Primaria con la finalidad de mejorar la detección, derivación y seguimiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) desde Atención Primaria a Especializada. Dicho documento fue enviado a finales de Noviembre del 2018 a todos los coordinadores de Atención Primaria del Sector de Huesca que pusieron en conocimiento a los facultativos de sus centros y que sirve como guía para el manejo de la ERC. Se supervisó con cada uno de los coordinadores que había sido recibido y dado máxima difusión. También se expuso un tiempo para aclarar dudas sobre el mismo y que las notificaran (el documento puede ser solicitado para su revisión). A finales de Noviembre del 2018 se puso en marcha consulta virtual (interconsulta primaria). Los médicos de atención primaria, usando el documento de consenso como guía, realizan sus interconsultas y solicitan las derivaciones pertinentes. Todas estas acciones descritas nos han permitido establecer un circuito de trabajo coordinado entre Nefrología y Atención Primaria que se refleja con los excelentes resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han comparado en cuanto a detección de ERC y correcta derivación a nefrología (según las indicaciones del protocolo) los 2 meses previos a su implantación y los meses posteriores en el que el documento ya estaba en manos de los profesionales de primaria. Los datos quedan claramente expresados por los objetivos establecidos y el valor de los indicadores.

1. Optimizar las derivaciones desde Atención Primaria a Nefrología . ESTÁNDAR >50%

Nº paciente derivados aplicando protocolo/Nº de pacientes derivados *100

Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018)

19/39*100=48,71%

Periodo después implantar protocolo (diciembre 2018- enero2019)

16 /18*100= 88,8%

2. Aumentar la seguridad del paciente al disminuirla iatrogenia por fármacos inadecuados en ERC. ESTANDAR >30%

Nº paciente modificado tratamiento/ Nº de pacientes con tratamiento *100

Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018) 5 /39*100=12,82%

Periodo después implantar protocolo (Diciembre 2018- Enero2019)

6 /18*100= 33,33%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El dotar a los profesionales de atención primaria de un herramienta tan útil y sencilla como es un protocolo ha permitido: mejorar la detección de los pacientes con ERC, la correcta derivación a la consulta de nefrología, la implantación precoz de medidas terapéuticas que permiten disminuir la progresión de la ERC y disminuir la iatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de ERC. El periodo inicial de recogida de datos abarcaba desde Octubre del 2018 a Abril del 2019 y el análisis de datos en Mayo y Junio (un año con respecto a cuando se entregó el proyecto). Dado que las memorias se han solicitado antes de cumplir un año solo se han podido comparar los 2 meses previos al documento de consenso y los 2 meses posteriores a su implantación. Estos han sido suficientes para poder establecer una comparativa con claros resultados a favor de la elaboración y puesta en marcha del protocolo. El tercero de los objetivos que era disminución del tiempo medio de demora entre una primera consulta y una posterior resultado de la correcta derivación no ha sido posible medirla por la brevedad del periodo. Se trata de un proyecto en el que vamos a observar a lo largo tiempo buenos resultados como han sido expuestos hasta y que sin duda ha permitido que Atención Primaria y Nefrología "hablemos un mismo idioma" en cuanto a enfermedad renal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1098

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

***** ***

Nº de registro: 1098

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, CAJARAVILLE ASO PILAR, CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, GARCIA CALVO ANGEL, QUINTANA VELASCO CARMEN L, BEIRED VAL INES, MUNGUIA NAVARRO PAULA, BERGUA AMORES CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) el 10 % de la población adulta sufre algún grado de ERC. El 6,8 % tienen insuficiencia renal (FG < 60 ml/min). Esta entidad se asocia a una importante morbi-mortalidad cardiovascular, así como costes muy significativos. Solo una pequeña proporción de enfermos con ERC evolucionarán hacia la insuficiencia renal terminal con sus complicaciones asociadas y necesidad de tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante). Esta evolución hacia la pérdida de función renal tiene un curso progresivo, en el que podemos influir mediante una actuación precoz sobre sus principales causas: hipertensión arterial y diabetes mellitus. El control de estas debe ser estricto y adecuado a las recomendaciones de las Guías en vigor no solo para minimizar su progresión y tratar las complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, sino también para reducir el riesgo vascular asociado a la ERC. Por otra parte, Un número importante de pacientes con ERC están sin diagnosticar (se estima que alrededor del 20% de la población con más de 60 años tienen insuficiencia renal, esto es ERC avanzada), bien porque no se efectúan controles de función renal, bien porque tienen una ERC oculta (tienen enfermedad renal a pesar de que las creatininas séricas están en el rango de normalidad del laboratorio) En pacientes seguidos en Atención Primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, la prevalencia de insuficiencia renal puede alcanzar cifras del 35-40%. En este contexto, desde hace varios años se han establecido guías y recomendaciones para optimizar la detección y tratamiento de la población con ERC. Las recogidas en el Documento de Consenso SEN-semFYC sobre la Enfermedad Renal Crónica publicado en el año 2008, sobre el que se basan las recomendaciones actuales, pretenden, con el consenso de las sociedades científicas implicadas, dotar de una herramienta útil a los profesionales a cargo de la población con ERC en el ámbito de la medicina de familia .El objetivo último de estas recomendaciones es la de dotar a los profesionales de la salud de una herramienta sencilla que permita: Mejorar la detección de los pacientes con ERC, lo que se traducirá en la implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficiencia renal. Reducir el coste sociosanitario relacionado con esta enfermedad. La derivación a nefrología debe de protocolizarse entre atención primaria y el servicio de nefrología, con planes de actuación y estrategias de comunicación ágil entre los dos niveles asistenciales. Este proyecto de mejora pretende llevar a cabo todo lo anteriormente expuesto

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Mejorar la detección de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC).
2. Optimizar las derivaciones desde atención primaria a nefrología.
- 3- Implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada.
4. Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficiencia renal.
5. Establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales.

MÉTODO

Inicialmente se constituirá el equipo de mejora. Se realizarán reuniones entre los médicos de atención primaria participantes y el servicio de nefrología. De forma consensuada se elaborará un protocolo de detección y derivación a nefrología desde atención primaria. También se elaborará un documento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

de "recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica". Además de los centros partícipes del proyecto se hará extensivo a otros centros de atención primaria que estén interesados en optimizar la detección y derivación. Se establecerá un canal de comunicación fluido entre los miembros del equipo de mejora

INDICADORES

- 1-Número de pacientes que son derivados a nefrología desde atención primaria aplicando el protocolo/ número total de derivaciones Objetivo 50%
- 2-Número de pacientes a los que se modifica el tratamiento derivado de la aplicación del documento de recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica. Objetivo 30%
- 3-Disminución del tiempo medio demora entre una primera consulta de nefrología y una posterior revisión resultado de la correcta y completa derivación. Objetivo 50%

DURACIÓN

- 1.-Sesiones informativas y elaboración del protocolo y documento: julio, agosto y septiembre 2018.
- 2.-Aplicación del protocolo elaborado y recogida de datos: octubre del 2018 a abril del 2019
- 3.- Análisis de datos: mayo y junio 2019:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0148

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA MUNGUIA NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
BAILLO GIL MARIA ANGELES
QUILEZ PEREZ LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se creó un checklist que incluye todos los ítems que abarcan desde la solicitud del periodo vacacional, el conjunto mínimo de datos requeridos y un apartado final que incluye la comprobación de los mismos en la primera sesión de diálisis en la Unidad.
- Se revisó la historia clínica de todos los pacientes incluyendo alergias, serologías, antecedentes personales, tratamiento actualizado y pauta de hemodiálisis. Se contactó con el Centro de referencia para ampliar información en los casos que fue necesario, previamente a la aceptación del paciente en la Unidad.
- Se creó un número de historia a todos los pacientes antes de su llegada, y se introdujo la pauta de diálisis en el software de hemodiálisis (Nefrolink®), junto con los datos clínicos más relevantes (alergias, antecedentes personales, diabetes mellitus, serologías, tratamiento habitual).
- Se confirmó que todos los pacientes presentaban serologías (VIH, VHB, VHC) negativas del último mes, antes de su aceptación en la Unidad.
- Se elaboró un flujograma de tareas con las distintas fases del proceso, y se está realizando un Procedimiento de Calidad del Servicio sobre el Procedimiento de solicitud/aceptación de vacaciones para los pacientes en hemodiálisis.
- Se han medido los indicadores con la periodicidad establecida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:

- Protocolizar y estandarizar la evaluación de las solicitudes de vacaciones en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Jorge.
- Todos los pacientes tenían pautada la prescripción de hemodiálisis en el software Nefrolink®. Esto supuso un ahorro de trabajo y de papel tanto para el facultativo responsable de la sala de Hemodiálisis el primer día de hemodiálisis del paciente, como para el personal de enfermería, que creaban una tarjeta para el registro de los datos de hemodiálisis, evitando tener que transcribirlos en las hojas de tratamiento de agudos.
- Se dializaron en la Unidad de Hemodiálisis un total de 10 pacientes de 13 solicitudes inicialmente recibidas.
- No fue necesario en ningún caso aislar ninguna máquina de hemodiálisis, ya que las serologías de los pacientes eran conocidas por el personal y figuraban en el software de hemodiálisis. También hizo más fácil la organización de estos pacientes en la Unidad a pesar de que comenzasen en día festivo, fin de semana, o la supervisora de hemodiálisis no estuviese ese día, ya que muchos pacientes acuden a hemodiálisis en periodos vacaciones (estival o navidad fundamentalmente).

INDICADORES

1.- Ítems contestados en cada fase:

- Solicitud (Objetivo completados > 80%): 100%
- Conjunto mínimo de datos (Objetivo completados > 80%): 100%
- Primera sesión de hemodiálisis (Objetivo completados > 80%): 100%

2.- Número de veces que es necesario aislamiento de máquina de hemodiálisis x 100/Número total de pacientes vacacionales. Periodicidad: anual. (Objetivo < 10%): 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El intercambio de pacientes de hemodiálisis entre las diferentes de Unidades de Hemodiálisis es un proceso frecuente, y suele coincidir con los periodos vacacionales del personal sanitario. Estas circunstancias conllevan una demanda asistencial en cuanto a la organización previa a la llegada del paciente, y una sobrecarga de trabajo para el personal no habitual del servicio el primer día de diálisis del paciente en el caso de que no se haya realizado una serie de comprobaciones previamente. Por ello decidimos realizar este proyecto de mejora de calidad con el objetivo principal de protocolizar y estandarizar todo el proceso.

Los resultados han sido excelentes, y el trabajo realizado previamente a la llegada del paciente a la Unidad ha hecho que hayamos cumplido todos los objetivos planteados en este Proyecto, así como hemos evitado el aislamiento de las máquinas de hemodiálisis.

Se ha integrado a la práctica clínica habitual de la Unidad, en la actualidad existe una organización clara de todo el proceso, con responsabilidades asignadas, y hemos mejorado la coordinación del proceso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0148

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

*** ===== Resumen del proyecto 2019/148 ===== ***

Nº de registro: 0148

Título
IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
MUNGUIA NAVARRO PAULA, FELEZ JUSTES ISABEL, ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, BAILO GIL MARIA ANGELES, QUILLEZ PEREZ LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada año acuden a dializarse al sector de Huesca pacientes de diferentes regiones de España. Habitualmente estos periodos también coinciden con el periodo vacacional del personal de la Unidad de Hemodiálisis. Estas circunstancias conllevan una demanda asistencial en cuanto a la organización previa a la llegada del paciente, y una sobrecarga de trabajo para el personal no habitual del servicio el primer día de diálisis del paciente en el caso de que no se haya realizado una serie de comprobaciones previamente. Esto lleva a la necesidad de aislar máquinas de diálisis, solicitar serologías de forma urgente, desconocimiento sobre datos clínicos del paciente o de su pauta de hemodiálisis habitual, que implican una sobrecarga asistencial y necesidad de reorganización y distribución del trabajo.
Por ello se plantea la instauración de un checklist y secuencia de pasos a seguir desde el momento que solicitan la estancia vacacional en nuestro centro.
Se pretende en este proyecto asegurar la seguridad del paciente en cada momento, así como evitar duplicar el trabajo y sobrecargar al personal de la unidad a la llegada de los pacientes a la Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un cuidado coordinado, ordenado y de calidad al paciente a su llegada a la unidad de hemodiálisis.
1.- Creación de un checklist y flujograma de tareas
2.- Sistematizar el proceso de recepción y aceptación de los pacientes vacacionales.
3.- Evitar duplicar información y trabajo al personal durante el periodo vacacional.

MÉTODO
1.- Diseño de una hoja preformada con una serie de ítems que abarcarán desde la solicitud del periodo vacacional, el conjunto mínimo de datos requeridos (pauta de diálisis, alergias medicamentosas, número de historia del HSJ, etc.), aceptación en la unidad, creación de pauta de hemodiálisis en el sistema informático Nefrolink® y por último comprobación de los datos en la primera sesión de diálisis (comprobación de alergias, serologías recientes, etc.).
2.- Distribución de tareas designando responsables de cada etapa del proceso.

INDICADORES
1.- Contaje de los ítems contestados o no en cada fase. Objetivo: Completados > 80% ítems. Periodicidad: Anual.
2.- Número de veces que es necesario aislamiento de máquina x 100/ Número total de pacientes vacacionales. Periodicidad: Anual. Objetivo < 10%.

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 provisional se prevee para abril de 2019 (antes de Semana Santa) cuando habitualmente recibimos los primeros pacientes vacacionales. Se realizará después de este periodo un plazo de reevaluación con las personas responsables de los diferentes procesos, de cara a realizar mejoras y modificaciones antes de la puesta en marcha definitiva para el 1 de junio de 2019 (antes de las vacaciones estivales).

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0148

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUNGUÍA NAVARRO PAULA
BERGUA AMORES CARLOS
ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN
QUILEZ PEREZ LUCIA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizaron dos reuniones con todos los componentes (febrero del 2019) al inicio de plan de mejora.
- Primera reunión: se explicó la metodología de recogida de datos en tabla de excell y las variables a registrar: edad, sexo, tiempo en diálisis, los valores de las escalas a realizar, Índice de Barthel para valorar dependencia y Cuestionario de Frail para valorar fragilidad, y medidas a adoptar.
- Segunda reunión: se procedió a la asignación de los pacientes para cada miembro del grupo de mejora. El facultativo, responsable del proyecto, es la persona responsable de notificar los ingresos y éxitos al resto del equipo.
- Para los pacientes prevalentes se realizó se completaron los cuestionarios de Frail y Barthel en marzo del 2019 y otra segunda en octubre del mismo año. Ante las dudas que surgían en la valoración de algunos pacientes se contactó de forma telefónica con las familias para poder completar de la forma más fiable posible los cuestionarios.
- Para los pacientes incidentes durante el periodo de estudio se realizaron ambos cuestionarios en el momento de su entrada en hemodiálisis.
- Todos los datos se recogidos fueron analizados en diciembre del 2019 por el equipo de mejora. Se realizó una valoración personal de proyecto y el grado de satisfacción del mismo en el equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han alcanzado los objetivo principales de este proyecto :
Estimar la prevalencia de fragilidad y el grado de dependencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis.
ESTANDAR >90%
Repetir las medidas a los 6 meses y después de cada hospitalización y reevaluar la situación . ESTANDAR >90%
Establecer las medidas terapéuticas y sociales a aquellos pacientes que presentaban mayor fragilidad y dependencia.
Adecuar la atención del paciente según el grado de dependencia y fragilidad.
Analizar la relación entre fragilidad y dependencia y variables como fallecimiento.

Se han realizado los cuestionario a un total de 50 pacientes entre prevalentes e incidentes. Los pacientes éxitos que han sido un total de 7 se ha analizado la relación entre fragilidad y mortalidad.

Objetivos esperados Valor de Indicadores

Estimar la prevalencia de fragilidad y el grado de dependencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis.
ESTANDAR >90%
PREVALENCIA FRAGILIDAD (ESCALA FRAIL)
NÚMERO PACIENTES PUNTUACIÓN FRAIL/PACIENTES TOTALES*100
Fragilidad: $9/50 \cdot 100 = 18\%$
Pre-fragilidad: $26/50 \cdot 100 = 52\%$
Sin fragilidad: $15/50 \cdot 100 = 30\%$

PREVALENCIA DEPENDENCIA (INDICE BARTHEL)
NÚMERO PACIENTES PUNTUACIÓN BARTHEL/PACIENTES TOTALES*100
Dependencia total: $1/50 \cdot 100 = 2\%$
Dependencia grave: $2/50 \cdot 100 = 4\%$
Dependencia moderada: $5/50 \cdot 100 = 10\%$
Dependencia leve: $9/50 \cdot 100 = 18\%$
Independiente: $33/50 \cdot 100 = 66\%$

Establecer medidas terapéuticas y sociales a aquellos pacientes que presentan mayor fragilidad y dependencia.
Adecuar la atención al paciente según el grado de dependencia y fragilidad.
MEDIDAS TERAPEÚTICAS (NUTRICIÓN PARENTERAL INTRADIÁLISIS)
NÚMERO PACIENTES NUTRICIÓN/PACIENTES TOTALES*100
 $2/50 \cdot 100 = 10\%$
ADECUACIÓN A LA ATENCIÓN (CUIDADOS ENFERMERÍA):

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NÚMERO PACIENTES ADECUACIÓN ATENCIÓN/PACIENTES TOTALES*100

14/50*100=28%

MEDIDAS SOCIALES (ADECUACIÓN DEL TRANSPORTE):

NÚMERO PACIENTES ADECUACIÓN TRANSPORTE/PACIENTES TOTALES*100

6/50*100=12%

Analizar la relación entre fragilidad y variable fallecimiento

FRAGILIDAD / FALLECIMIENTO:

PACIENTES FALLECIDOS CON PRE-FRAGILIDAD O FRAGILIDAD/PACIENTES FALLECIDOS*100

3/7*100=42%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Determinar la fragilidad y dependencia en nuestra unidad nos ha facilitado la toma de decisiones en pacientes complejos ya no solo por presentar Enfermedad Renal Crónica (ERC) si no por su comorbilidad añadida. Basándonos en escalas reales y fáciles de determinar, hemos adecuado medidas terapéuticas y sociales desde la unidad de hemodiálisis.

Los estudios publicados han establecido la prevalencia de fragilidad en los pacientes en hemodiálisis en un rango tan variable entre un 26-73% dependiendo de las poblaciones estudiadas. En nuestra evaluación el 70% de los pacientes presentaba algún grado de fragilidad (prefragilidad o fragilidad) y el 44% algún grado de dependencia. A lo largo de los 6 meses transcurridos no se han observado diferencias en las puntuaciones de fragilidad o dependencia en ninguno de los pacientes en relación a los ingresos que han presentado. Con respecto a la instauración de medidas terapéuticas o sociales los pacientes que presentaban una mayor fragilidad recibieron, una mayor atención por parte del personal de enfermería así como mejoras en el transporte. En un 2% de los pacientes se inició Nutrición Intradiálisis, un 28% de los pacientes un mayor apoyo, seguimiento y cuidado por parte del personal de enfermería y en un 12% se establecieron medidas sociales como adecuación del transporte desde domicilio mediante ambulancia colectiva..

Durante la evaluación si se ha encontrado causa directa entre fragilidad y fallecimiento. Un 42% de los pacientes fallecidos presentaba prefragilidad o fragilidad. Tras la evaluación de nuestros resultados se verifica la importancia de establecer escalas de fragilidad y dependencia en las unidades de hemodiálisis. Estas no solo deben realizarse cuando el paciente entra en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) si no en la etapa previa de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

7. OBSERVACIONES.

Se adjuntan las puntuaciones de la Escala de Frail y el Índice de Barthel

ESCALA FRAIL

Fragilidad: 3-5 puntos

Pre-fragilidad: 1-2 puntos

Sin fragilidad: 0 puntos

ÍNDICE DE BARTHEL

<20 puntos: grado de dependencia total

30-35 puntos: grado de dependencia grave

40-55 puntos: grado de dependencia moderado

>60 puntos: grado de dependencia leve

100 puntos: independiente

*** ===== Resumen del proyecto 2019/252 ===== ***

Nº de registro: 0252

Título
MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACION DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, MUNGUIA NAVARRO PAULA, BERGUA AMORES CARLOS, ALICIA CRISTINA ABAD PIQUERO, MONTUENGA GRACIA JUDITH, SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN, QUILLEZ PEREZ LUCIA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Línea Estratégica .: Crónico complejo

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fragilidad ha sido definida como un síndrome o estado de deterioro y aumento de la vulnerabilidad a situaciones de stress que se produce con el envejecimiento. Se caracteriza por debilidad y descenso de la reservas funcionales biológicas, lo que lleva un riesgo aumentado de evolución desfavorable hacia la discapacidad, la hospitalización y el fallecimiento. La fragilidad es un concepto diferente a la discapacidad y a la comorbilidad ; aunque los 3 conceptos están muy relacionados y se influyen unos a otros, no siempre coexisten. A pesar de que la fragilidad se ha definido generalmente asociada a la edad avanzada y al envejecimiento, existen condiciones y enfermedades que provocan cambios semejantes al envejecimiento y pueden derivar en un estado de fragilidad en edades más jóvenes; una de estas situaciones es la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Así algunos estudios han estimado la prevalencia de la fragilidad en pacientes en hemodiálisis entre un 26-73% gran variabilidad por las diferentes poblaciones estudiadas y las diferentes escalas utilizadas, aunque la presencia de fragilidad se asocia a una mala evolución a corto plazo. Determinar fragilidad y dependencia en nuestra unidad nos facilitará la toma de decisiones en pacientes muchos de ellos complejos por su propia patología de base así como, mejorar la actuación, estableciendo medidas terapéuticas.

RESULTADOS ESPERADOS

Estimar la prevalencia de fragilidad y el grado dependencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis. Establecer medidas terapéuticas y sociales a aquellos pacientes que presentan mayor fragilidad como es disminuir los fármacos no necesarios (paciente polimedcado) entre otras medidas. Analizar la relación entre fragilidad y variables como hospitalización y fallecimiento. Adecuar la atención del paciente según el grado de dependencia y fragilidad.

MÉTODO

Se establecerán dos reuniones informativas previas al inicio del proyecto con todos los componentes del equipo de mejora. Se realizará una hoja de recogida de datos mediante excel para cada paciente en los que se incluirán datos de demográficos, fecha de inicio de hemodiálisis, tiempo en diálisis y número de hospitalizaciones. Para evaluar la dependencia se utilizará el Índice de Barthel y para evaluar fragilidad el cuestionario Fried Phenotype Frail Findex (FPFI)

INDICADORES

Realizar la valoración de cuestionario de Frail e Índice de Barthel a todos los pacientes incidentes y prevalentes en la unidad de hemodiálisis del Hospital San Jorge y valorar la situación. ESTANDAR >90%. Repetir estas medidas a los 6 meses y después de cada hospitalización y reevaluar la situación. ESTANDAR >90%

DURACIÓN

Durante Febrero del 2019 se establecerán dos reuniones con el equipo de mejora y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis para iniciar la recogida de datos. Se revisará el índice de Barthel y cuestionario de Frail. Se consensuará una forma de trabajo unificada. Se configurará la una tabla excel para la recogida de datos de los pacientes. Se realizarán dos evaluaciones anuales la primera de ellas durante el mes Marzo y la segunda durante el mes de Octubre del 2019 así como después de cada episodio de hospitalización. Tras un primer análisis de la situación se adoptarán, si es necesario, medidas de mejora individualizadas para cada paciente. A los pacientes incidentes se les realizará una evaluación cuando inicien hemodiálisis, si presentan hospitalización y cuando transcurran 6 meses desde su entrada. Entre Diciembre 2019- Enero 2020 análisis de datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0290

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE INES BEIRED VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ BURILLO ALBA
TENA RAMOS GLORIA PILAR
UTRILLA PEÑA MARTA
GROS SANAGUSTIN LAURA
GABAS CUELLO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión con el equipo sanitario de hemodiálisis (facultativos y enfermería) en abril de 2019. En dicha reunión se valoró la información necesaria sobre el funcionamiento y recomendaciones de la Unidad de Hemodiálisis a aportar a los pacientes previo inicio de hemodiálisis.
- Desarrollo del tríptico informativo a entregar al paciente y/o familiares. Puesta en común entre el personal.
 - Impresión del tríptico.
 - Desde la implantación del plan de acogida en mayo de 2019, han sido incluidos en programa de hemodiálisis un total de 14 pacientes nuevos (11 en el Hospital San Jorge y 3 en el Hospital de Jaca, de los cuales 13 lo hicieron de manera programada y el resto (2) fueron pacientes incluidos durante ingreso hospitalario. Al 100% de los pacientes que iniciaron la técnica de manera programada:
 - Se les proporcionó el tríptico.
 - Se les enseñó la Unidad, vestuarios, aseos.
 - Se les informó del funcionamiento.
 - Se les presentó el personal de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han alcanzado los objetivos los objetivos principales de este proyecto:

- Facilitar la integración del paciente en el entorno de la Unidad de Hemodiálisis con trato personalizado, humano y respetuoso.
- Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.
- Proporcionar un entorno de seguridad al paciente.

Objetivos esperados Valor de Indicadores

Presentación del personal de enfermería en el proceso de acogida al paciente mediante un registro: 100%

Porcentaje de pacientes que han recibido el documento informativo a su inicio de tratamiento renal sustitutivo: 100% de los pacientes programados y 86% del total de los pacientes que iniciaron hemodiálisis

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Unidad de Hemodiálisis presenta un entorno sanitario con características funcionales muy específicas. El paciente con enfermedad renal crónica avanzada previo inicio de hemodiálisis puede presentar clínica ansiosa-depresiva. El miedo y la incertidumbre que sienten están relacionados con los cambios en su vida personal en cuanto a calidad de vida por precisar permanecer mucho tiempo en el hospital necesario para el tratamiento, unas 4 horas efectivas, y con el inicio del tratamiento propiamente dicho y sus posibles complicaciones. El primer contacto con el personal sanitario de nuestra unidad de hemodiálisis es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia y su grado de satisfacción. Al realizar este plan de acogida hemos observado, aunque sea sin la valoración objetiva de ninguna escala, que el paciente acude a la primera sesión de hemodiálisis con más confianza, menos miedo y con la seguridad que va a ser atendido en todo momento que precise. Es en este momento cuando se crea una estrecha relación de confianza entre el personal sanitario y el paciente que va a durar durante todo el proceso mientras el paciente precise continuar con hemodiálisis. Al mostrar al paciente la Unidad de Hemodiálisis previamente, evitamos que el día de la primera sesión de hemodiálisis le impresione o asuste ver a otros pacientes conectados a los monitores (técnica sanguínea extracorpórea). Destacamos, la alta sensibilidad del personal sanitario de la unidad respecto a los pacientes, quienes son tratados con cariño, cuidado y respeto. Creemos que este es el camino a seguir aunque no sea puramente médico, sobre todo en la actualidad, donde cada vez más, los pacientes con enfermedades crónicas y los ancianos se ven en mayor riesgo de exclusión social, haciendo de nuestra Unidad de Hemodiálisis un espacio humanizado, cercano y donde el paciente sienta la misma confianza y seguridad como si estuviera en su casa.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0290

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/290 ===== ***

Nº de registro: 0290

Título
PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Autores:
BEIRED VAL INES, MARTINEZ BURILLO ALBA, TENA RAMOS GLORIA PILAR, UTRILLA PEÑA MARTA, GROS SANAGUSTIN LAURA, GENERELO LANASPA VICTORIA, GABAS CUELLO MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal crónica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Hemodiálisis presenta un entorno sanitario con características funcionales muy específicas. Además, el paciente renal, cuando precisa iniciar tratamiento renal sustitutivo puede presentar sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre. El primer contacto con el personal sanitario de nuestra unidad de hemodiálisis es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el nuevo entorno. Existen trabajos que avalan la importancia de la información y comunicación como elementos clave para salvar las barreras entre paciente y profesional sanitario después de una acogida protocolizada. Todo lo anteriormente descrito justifica la elaboración e implementación de un protocolo normalizado de acogida del paciente en la unidad de hemodiálisis. Su desarrollo deberá centrarse en una serie de aspectos fundamentales, como son la empatía, el respeto y la comprensión, de tal manera que se genere en el paciente un clima de seguridad y confianza hacia las personas que le atienden.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la integración del paciente en el entorno de la Unidad de Hemodiálisis con un trato personalizado, humano y respetuoso.
Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.
Proporcionar un entorno de seguridad al paciente.

MÉTODO
En abril de 2019 se realizará una primera reunión informativa con todo el equipo sanitario de la Unidad de Hemodiálisis. Se realizará un documento escrito en el que se describa el proceso de acogida al paciente renal. Se elaborará un documento informativo (tríptico) para entregar al paciente y/o familiar sobre el funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis donde se incluyan: 1) Información general, 2) Horarios, 3) Alimentación, 4) Pase de sala, 5) Servicios que se prestan en la Unidad (TV, transporte...), 6) Vacaciones y cambios de turno y 7) teléfonos de interés.

INDICADORES
Indicador 1: Presentación del personal de enfermería en el proceso de acogida al paciente mediante un registro.
Indicador 2: Porcentaje de pacientes que han recibido el documento informativo a su inicio de tratamiento renal sustitutivo.

DURACIÓN
En abril de 2019 se realizará la primera reunión.
Elaboración de los documentos en abril-mayo.
Implantación del Plan de acogida mayo-junio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0290

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0302

1. TÍTULO

VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACION DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE BIOIMPEDANCIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA MARTINEZ BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BEIRED VAL INES
TENA RAMOS GLORIA PILAR
UTRILLA PEÑA MARTA
DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Previo al inicio del periodo del proyecto, se realizó una pequeña sesión dirigida a enfermería, sobre el manejo del bioimpedanciómetro que disponemos en la unidad de diálisis del hospital. Posteriormente se realizó un planning con las fechas programadas en las que se debía hacer la bioimpedancia a cada paciente. Lógicamente, se han ido añadiendo a dicho planning, los pacientes incidentes en hemodiálisis, durante los meses en los que se ha desarrollado el proyecto. En abril se hizo la primera valoración, y el seguimiento se continuó en los meses establecidos, junio, septiembre y diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo establecido, se han valorado un total de 49 pacientes y se han realizado un total de 153 bioimpedancias. En el momento de comenzar el proyecto, se hizo la bioimpedancia inicial al 100% de los pacientes que se encontraban en programa de hemodiálisis crónica en nuestra unidad, y a aquellos pacientes que han iniciado hemodiálisis entre marzo y diciembre de 2019, y seguidamente trimestrales. Tras cada bioimpedancia, se analizó el resultado de cada paciente y junto con la evaluación clínica, se ajustó el peso seco si se consideraba indicado. De éste modo, se han cumplido los objetivos marcados, tanto en la realización de la bioimpedancia inicial, como del seguimiento trimestral posterior. Durante el seguimiento, ha habido pérdida de pacientes por finalización del tratamiento con hemodiálisis, bien por fallecimiento o por realización de un trasplante renal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra experiencia ha sido positiva, ya que realizar una bioimpedancia es un procedimiento sencillo de hacer, no es una prueba invasiva para el paciente, y nos permite obtener un dato objetivo del estado de hidratación en los pacientes en hemodiálisis. Todo ello, junto con la valoración clínica subjetiva, permite analizar su composición corporal, pudiendo así identificar más fácilmente su estado de hidratación, dato importante, ya que la sobrehidratación se asocia a una mayor morbi-mortalidad, en estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

El inicio de la realización de las bioimpedancias se retrasó al mes de abril, en vez de comenzar en marzo, que era el programado, debido a la falta de material, en concreto no disponíamos de los electrodos necesarios. Actualmente, el responsable del proyecto (Dra. Alba Martínez Burillo), ya no trabaja en el Hospital San Jorge, sino en el Hospital de Alcañiz.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACION DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, MEDIANTE LA REALIZACION DE BIOIMPEDANCIA

Autores:
MARTINEZ BURILLO ALBA, BEIRED VAL INES, TENA RAMOS GLORIA PILAR, UTRILLA PEREZ MARTA, DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0302

1. TÍTULO

VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACION DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, MEDIANTE LA REALIZACION DE BIOIMPEDANCIA

Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Entre los parámetros que indican una diálisis adecuada, mantener el "peso seco" óptimo en los pacientes en hemodiálisis, es un factor importante. Hay evidencia científica que demuestra que existe un aumento de morbilidad en los pacientes en diálisis que presentan un estado de sobrehidratación continua. Para evaluar el estado de hidratación de estos pacientes, habitualmente se utilizan parámetros clínicos como la presencia de hipertensión arterial, episodios de hipotensión intradiálisis o la ganancia interdialisis de peso, pero son métodos poco precisos. Aunque la valoración clínica debe ser el primer paso en la evaluación del estado de hidratación de estos pacientes, es necesario recurrir a otros métodos, que permitan un estudio más objetivo. Hay diferentes técnicas que permiten analizar la composición corporal, pero muchas son invasivas, de difícil aplicación en el día a día y con un coste elevado. La bioimpedancia eléctrica es una técnica no invasiva, fácil de aplicar y barata que, de una forma más objetiva, nos permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación. Es un complemento a la evaluación clínica que nos ayuda a identificar estados de sobrehidratación, y poder así ajustar el peso seco de estos pacientes, disminuyendo la aparición de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Aplicación de la bioimpedancia eléctrica en pacientes que se encuentran en hemodiálisis, como complemento a los parámetros clínicos, para realizar una evaluación objetiva de la composición corporal de estos pacientes, y optimizar su estado de hidratación, consiguiendo mayor estabilidad hemodinámica, mejorando su situación clínica y disminuyendo la morbilidad asociada a los estados de sobrehidratación.

MÉTODO

Se realizará una medición inicial con el bioimpedanciómetro a todos los pacientes en hemodiálisis, y a aquellos que sean incidentes durante el periodo del proyecto, y posteriormente se hará seguimiento cada 3 meses. Se analizarán los datos obtenidos en cada medición y junto con los parámetros clínicos, se realizará ajuste de su "peso seco", si es necesario.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes a los que se les realiza una bioimpedancia inicial. Estándar: 100%
- Porcentaje de pacientes a los que se les realiza el seguimiento trimestral de la bioimpedancia. Periodicidad: trimestral. Estándar: >95%.

DURACIÓN

La realización de bioimpedancias se llevará a cabo de Marzo a Diciembre de 2019. Medición inicial con bioimpedanciómetro a todos los pacientes ya incluidos en hemodiálisis en el mes de Marzo de 2019, y a aquellos que comiencen hemodiálisis entre marzo y diciembre de 2019. Seguimiento posterior, con mediciones trimestrales, en Junio, Septiembre y Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SANAGUSTIN GARCES
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GENERELO LANASPA VICTORIA
BAILLO GIL MARIA ANGELES
GABAS CUELLO MONTSERRAT
DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO
GROS SANAGUSTIN LAURA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones mensuales de abril a julio y de septiembre a octubre del 2019 de las 7 enfermeras componentes del grupo de trabajo.

- En abril, hicimos análisis de la situación, recopilamos toda la documentación existente en el servicio y realizamos una búsqueda bibliográfica.
- En mayo se puso en común la documentación existente de acogida para el personal de enfermería de nueva incorporación en el servicio de hemodiálisis. Observando alguna descripción obsoleta, concretamente en la descripción de: El servicio (se ha modificado la ubicación física de alguna sala). El personal de enfermería (se han modificado los turnos de trabajo y la distribución del trabajo). Las actividades de registro de enfermería (en la actualidad contamos con soporte informático, dejando como secundario las hojas de registro gráfico de papel).
- De junio a octubre: En junio hubo 2 nuevas incorporaciones al servicio (permisos por vacaciones), por lo que una vez acogidas por la supervisora de enfermería de la unidad, leído el documento de acogida (explicado con las modificaciones) y presentadas al servicio, iniciamos su formación teórico-práctica de carácter informal y comenzamos a recoger de forma periódica todas las actividades y tareas que íbamos realizando, durante el periodo de 2 semanas. Cada día la supervisora de la unidad designaba una enfermera veterana para su formación. Las actividades llevadas a cabo fueron introducidas paulatinamente hasta conseguir el resultado final de poder asumir una sesión de diálisis, siendo estas:
 - (1) Preparación de los monitores de diálisis (incluyendo el test de peracético) y del material necesario para la conexión del paciente.
 - (2) Peso de los pacientes en bipedestación y silla de ruedas a la entrada y salida con ayuda del Therapy monitor. En el caso de pacientes dependientes pesar en la cama metabólica ubicada en la sala de agudos.
 - (3) Introducción de la tarjeta en el monitor para descargar la pauta de diálisis, haciendo uso del programa Nefrolink. Y en caso de fallo, programación adecuada de la pauta de manera manual, previa comprobación.
 - (4) Conexión del paciente con control de constantes. Y registro de consumibles.
 - (5) Importar datos del Therapy monitor V2. al Nefrolink y registrar.
 - (6) Mantenimiento del buen estado del enfermo durante la sesión (hipotensiones, calambres, salida accidental o extravasación de agujas, coagulaciones de circuito o líneas, etc...)
 - (7) Administración farmacológica del tratamiento intra y postdiálisis.
 - (8) Cuidados de los accesos vasculares.
 - (9) Todas aquellas tareas que surjan a lo largo de la sesión y sea necesaria la presencia de enfermería.
 - (10) Desconexión del paciente.
 - (11) Desengrase o defeción del monitor.
 - (12) Registro y avisos tanto al personal de enfermería como al personal médico a través del Nefrolink.
 - (13) Anotaciones en el dietario y en el tablón, todas las eventualidades que se produzcan de interés para el servicio (Analíticas: mensuales, trimestrales, semestrales, urgentes. Ingresos y altas. Consultas. Pruebas complementarias. Colocación o retirada de catéteres, realización de bioimpedancias...).

• De noviembre a diciembre hubo una nueva incorporación al servicio. Acogida y presentada por la supervisora previa lectura del documento de acogida con sus modificaciones, comenzamos su periodo de formación de 2 semanas. Continuamos con la recogida de las actividades y comparamos con las recopiladas desde junio.

• A principio de diciembre, nos reunimos para plasmar y redactar el nuevo documento de acogida al personal de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. Y comenzamos con la elaboración del nuevo protocolo de formación al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis.

En la actualidad, enero 2020, tras la aprobación por parte de todo el equipo de enfermería del servicio de hemodiálisis, nos encontramos:

- El nuevo documento de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. Redactado. Documento que pretende ser una herramienta de consulta y una valiosa guía de actuación profesional de la unidad de hemodiálisis, cuyo objetivo es facilitar la integración del nuevo personal.
- Se están llevando a cabo las modificaciones pertinentes en la elaboración del nuevo protocolo de formación al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. Una vez redactado se remitirá para su aprobación y posterior puesta en marcha a la unidad de calidad asistencial del hospital de San Jorge.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

Esperamos su implantación de carácter formal marzo/abril 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:

- ? -Garantizar la calidad asistencial, así como la seguridad de la práctica clínica de los pacientes del servicio de hemodiálisis.
- ? -Proporcionar a los profesionales de enfermería de nueva incorporación las herramientas necesarias para desarrollar las funciones pertinentes en la unidad de hemodiálisis.
- ? -Mejorar la comunicación entre profesionales fomentando el trabajo en equipo.
- ? -Disminuir la ansiedad y/o miedo de los pacientes, así como el estrés que genera la llegada al servicio por parte del nuevo personal de enfermería.

Objetivos esperados Valor de Indicadores:

-Presentación del servicio de hemodiálisis al personal de enfermería de nueva incorporación (Siendo la supervisora de enfermería la responsable de este contacto):

Nº total enfermeras incorporadas que se les ha presentado el servicio/ Nº total enfermeras de nueva incorporación* 100.
3 /3*100=100%

-Aplicación de la formación teórico- practica al personal de nueva incorporación al servicio hemodiálisis:
Nº total enfermeras incorporadas que se les ha dado el protocolo vigente/ Nº total enfermeras de nueva incorporación* 100.
3 /3*100=100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación teórico-práctica especializada planificada de los profesionales de enfermería de nueva incorporación en el servicio de hemodiálisis, es fundamental para la adaptación y formación a nivel asistencial. Esto garantiza la calidad en los cuidados de enfermería, así como la disminución de los posibles errores, mejorando la seguridad tanto en los pacientes como en los profesionales.

Las tareas y cuidados de enfermería llevados a cabo en el servicio de hemodiálisis requieren de unos conocimientos específicos que habitualmente no se cubren a nivel académico y en ocasiones conllevan cierta complejidad para el personal de nueva incorporación, requiriendo más tiempo que el requerido en un área general.

A lo largo del plan de mejora y dentro del grupo de trabajo, se han observado deficiencias existentes en el protocolo hasta ahora vigente de incorporación a la unidad. Éstas se han ido recogiendo de forma periódica por cada miembro del grupo y el personal de nueva incorporación que ha manifestado las principales dudas y dificultades a las que se ha enfrentado. Posteriormente se ha realizado una puesta en común. A raíz de esto surge la modificación del documento de acogida para el personal de enfermería de nueva incorporación a la unidad de hemodiálisis y la elaboración de un nuevo protocolo de formación al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. La formación y la continua actualización de los conocimientos de hemodiálisis es la base fundamental para poder ofrecer cuidados de calidad y proporcionar la máxima seguridad a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Parte de la bibliografía recopilada a lo largo de la elaboración del proyecto, nos habla de la formación de carácter formal de los profesionales de nueva incorporación de 4 semanas, oscilando de 2 a 8 semanas. Lo que nos hace pensar que esto sería lo ideal. Siendo realmente lo necesario el establecimiento de la especialidad de enfermería nefrológica como formación postgrado reglada hasta el presente inexistente. Debido a las necesidades del servicio de hemodiálisis, a su situación en el momento de llegada del nuevo profesional, a los conocimientos (experiencia profesional, estudio personal) y destrezas del nuevo profesional, este periodo de formación se adapta, pudiendo ser de duración inferior. Al igual que se puedan presentar casos de dificultad en el aprendizaje, lo que nos hace pensar que 4 semanas sea poco tiempo para adquirir muchos de los conocimientos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1336 ===== ***

Nº de registro: 1336

Título
PROTOCOLO DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

Autores:
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN, GENERELO LANASPA VICTORIA, BAILO GIL MARIA ANGELES, GABAS CUELLO MONTSERRAT, DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, GROS SANAGUSTIN LAURA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NEFROLOGÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las tareas y cuidados de enfermería llevados a cabo en el servicio de hemodiálisis requieren de unas aptitudes específicas, que habitualmente no se cubren a nivel académico y en ocasiones conllevan una alta complejidad para el personal de nueva incorporación. Para poder prestar unos cuidados de alta calidad, así como saber identificar las necesidades o demandas de los paciente, es necesaria una formación teórico-práctica especializada de los profesionales, adaptada a las necesidades de nuestro servicio.

Desde hace años se incluye un periodo de formación a los profesionales de nueva incorporación a hemodiálisis, pero éste es de carácter informal, práctico. Sin poder tener en cuenta a los profesionales que cubren las sustituciones rutinarias en el periodo vacacional.

La importancia y utilidad de dicho proyecto es que los profesionales de nueva incorporación consigan un periodo de adaptación y formación planificada a su llegada al servicio, minimizando el temor y la ansiedad en los pacientes, así como el estrés en los profesionales. Mejorar la seguridad tanto en el paciente como en el profesional. Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial. Así como la utilización de los recursos de forma eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Garantizar la calidad asistencial, así como la seguridad en la práctica clínica de los pacientes del servicio de hemodiálisis.
- 2.-Proporcionar a los profesionales de enfermería de nueva incorporación las herramientas necesarias para desarrollar las funciones pertinentes en la unidad de hemodiálisis.
- 3.- Mejorar la comunicación entre profesionales fomentando el trabajo en equipo.
- 4.-Disminuir la ansiedad y/o el miedo de los pacientes, así como el estrés que genera la llegada al servicio por parte del nuevo personal de enfermería.

MÉTODO

Análisis de la situación.
Búsqueda bibliográfica de la evidencia científica y recomendaciones existentes en la actualidad.
Elaboración de un cronograma de tareas.
Elaborar de un protocolo de formación teórico -practico desglosado por semanas, con una duración de 4 semanas (35 h-40h/ semanales). Consensuado por toda la unidad y comprobación del cumplimiento del mismo.
Evaluación e implementación de las medidas de mejora.

INDICADORES

INDICADORES

- 1.-Número de profesionales de nueva incorporación que se incorporan al servicio de hemodiálisis de manera anual.
- 2.-Profesionales de nueva incorporación a los que se les aplica el protocolo de acogida: Número de profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el protocolo de acogida x 100/ Número total de profesionales de nueva incorporación en el servicio de hemodiálisis.

EVALUACION

Evaluación anual e implementación de las medidas de mejora.

DURACIÓN

- 1.- Constitución del grupo de trabajo, revisión bibliográfica de la evidencia científica y elaboración del protocolo (reuniones mensuales): Abril 2019- octubre 2019.
- 2.-Redacción del protocolo: Noviembre 2019- diciembre 2019. Revisión Enero 2020.
- 3.-Consenso del protocolo (por parte de todo el equipo de profesionales de enfermería del servicio de hemodiálisis, 12 enfermeras) y entrega del protocolo a la unidad de Calidad asistencial del Hospital de San Jorge para su aprobación y posterior implantación: Febrero 2020.
- 4.-Implantación del protocolo: Marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0491

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

Fecha de entrada: 21/04/2018

2. RESPONSABLE MONTSERRAT REDOL LABARTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANAGUSTIN PERIE CARMEN
LAVILLA ABRIL SHEILA
GALLEGO DOMECA MARIA ESTHER
OTAL ORDAS LUCIA
RUIZ OLLES ROSA MARIA
MERIDA CEBOLLERO JUAN
RODRIGUEZ ACIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de dos trípticos con información completa sobre actuaciones para con el recién nacido en la Unidad de Neonatos, diferenciando en cada uno de los trípticos las recomendaciones en lactancia materna o lactancia artificial según proceda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de los padres reciben el tríptico informativo.
En el momento del alta del RN durante los meses de noviembre y diciembre de 2017 se pregunta a los padres verbalmente por la utilidad del tríptico, ("Poco útil", "Útil", "Muy útil").
Encontrando que en el 90% de los padres consideran la medida como "Muy útil".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha tenido muy buena aceptación por parte de los padres que consideran la información contenida muy útil.
El proyecto tiene un coste económico mínimo únicamente el derivado de la impresión por parte del Servicio de reprografía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/491 ===== ***

Nº de registro: 0491

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

Autores:
REDOL LABARTA MONTSERRAT, SANAGUSTIN PERIE CARMEN, LAVILLA ABRIL SHEILA, GALLEGO DOMECA MARIA ESTHER, OTAL ORDAS LUCIA, RUIZ OLLES ROSA MARIA, MERIDA CEBOLLERO JUAN, RODRIGUEZ ACIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
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

La utilidad del proyecto viene dada por la información recogida por el personal de Enfermería del Servicio de Neonatos, sobre la necesidad que tienen los padres que acaban de tener un hijo, de recibir toda la información relativa a los cuidados del recién nacido y conocer todas las actuaciones que se llevan a cabo con su hijo en los primeros días de vida en el hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0491

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

RESULTADOS ESPERADOS

- *Unificar la información que reciben los padres.
- *Informar de las actuaciones que se llevarán a cabo con su hijo mientras permanezcan en el hospital.
- *Fomentar la participación de los padres en el cuidado del recién nacido.

MÉTODO

Elaboración de dos trípticos con la información más completa posible sobre actuaciones para con el recién nacido en la Unidad de Neonatos, diferenciando en cada uno de los trípticos las recomendaciones en lactancia materna o lactancia artificial según proceda.

INDICADORES

- * Que el 100% de los padres de un recién nacido en este Hospital reciba el tríptico informativo.
- * Elaboración de una encuesta de satisfacción cuando llevemos un año desde la puesta en marcha del proyecto.

DURACIÓN

Desde la aceptación de este proyecto y sin fecha prevista de finalización si el proyecto cumple nuestras expectativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 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 - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN CEGOÑINO DE SUS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRIZ MUÑOZ ELENA
GARCIA SAEZ SANDRA
SOLER ALLUE SANDRA
BORDERIAS CLAU LUIS
GARRAPIZ LOPEZ JAVIER
CASTILLON FONTOVA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto es mejorar en el manejo del paciente con EPOC coordinando la Atención Primaria y la Atención Especializada. Para la cual estamos analizando los pacientes diagnosticados de EPOC en el Centro de Salud Pirineos de Huesca. En estos pacientes estamos analizando lo siguiente: - Si todos tienen su espirometría donde exista un patrón obstructivo (criterio diagnóstico de EPOC); - La comorbilidad del paciente EPOC y si esta bien tratada; sobre todo estamos estudiando la prevalencia de ansiedad-depresión en estos pacientes (siendo una comorbilidad que tiene un valor pronóstico importante, ¿se diagnostica y se trata de forma correcta); - Si esta bien catalogada la gravedad según escalas multidimensionales; - Número de exacerbaciones; - Determinación de alfa 1 antitripsina (todos los pacientes deben tener una determinación como mínimo); - Tratamiento prescrito; - Vacunación antineumocócica; Técnica inhalatoria (cuestionario validado TAI). Con estos resultados conoceremos como estamos manejando la EPOC y se comunicaran a los profesionales los posibles defectos detectados para mejorar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no tenemos resultados definitivos. No se pudo cumplir los plazos de inicio del proyecto porque, por motivos laborales tuvimos que retrasarlo. También nos llevo mucho tiempo recoger todos los pacientes diagnosticados de EPOC. Se elaboró una hoja de recogida de datos. Muchas espirometrías no estan localizadas en Atención Primaria, pues son diagnosticados en Atención Especializada, y entonces miramos si estan en la historia del Hospital, lo que también nos lleva más consumo de tiempo. Para la recogida de datos nos basamos en la historia clínica de Atención Primaria y en algunos casos, de la historia del Hospital. En la actualidad estamos recogiendo datos e introduciendolos en el programa informático. Esperamos terminar en 2-3 meses. Lo resultados provisionales recogidos hasta la fecha nos indican que, en líneas generales, tenemos bien diagnosticados los paciente EPOC, pero existen algunos defectos en el manejo. Estos resultados se comunicaran a los compañeros para sensibilizar a todos de la importancia de esta enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados que tenemos hasta la fecha son provisionales, pero ya nos indican que van a tener una gran utilidad para mejorar el manejo del paciente EPOC y sensibilizar a todos los compañeros sobre los aspectos mas importantes de esta enfermedad (espirometría para diagnosticar, comorbilidades, clasificación de la gravedad, exacerbaciones, tratamiento, técnica inhalatoria, determinación de alfa 1 antitripsina, vacunación antineumocócica).

7. OBSERVACIONES.
HACEMOS UN CAMBIO EN EL EQUIPO DE MEJORA: En lugar de Agirre Gonzalez, Amaia se incluye Soler Allué, Sandra.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1253 ===== ***

Nº de registro: 1253

Título
PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Autores:
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN, BRIZ MUÑOZ ELENA, GARCIA SAEZ SANDRA, AGIRRE GONZALEZ AMAIA, BORDERIAS CLAU LUIS, GARRAPIZ LOPEZ JAVIER, CASTILLON FONTOVA ANTONIO, ARIZON MENDOZA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La espirometría es la prueba clave para el diagnóstico de la EPOC y se deben realizar mas exploraciones para mejorar el infradiagnóstico de la EPOC.
En la actualidad la mayoría de las sociedades científicas nacionales e internacionales recomiendan clasificar la gravedad de la EPOC con índices multidimensionales. Un aspecto importante en el manejo del paciente con EPOC son las comorbilidades que lleva asociadas esta enfermedad y que influyen en el tratamiento y en el pronóstico de la misma. Recalcar, pues, que el manejo diagnóstico del paciente con EPOC es más complejo que hace unos años. El tratamiento de la EPOC consiste fundamentalmente en la prescripción de broncodilatadores por vía inhalada. En los últimos años se han comercializado nuevos fármacos y sistemas de inhalación, lo que ha complicado el tratamiento de esta enfermedad.
Dado el elevado infradiagnóstico y la complejidad del manejo de la EPOC consideramos un factor clave la colaboración entre Atención Primaria y Neumología de nuestro Sector, que nos permita realizar un diagnóstico y tratamiento correcto del paciente con EPOC.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección precoz de la EPOC.
- Aumentar el número de pacientes con una clasificación de la gravedad según índices multidimensionales.
- Incrementar el número de pacientes que tienen una determinación de alfa 1 antitripsina.
- Aumentar la sensibilización sobre la importancia de las comorbilidades y exacerbaciones.
- Mejorar la técnica inhalatoria.
- Aumentar el número de pacientes vacunados frente al neumococo.

MÉTODO

Se realizará el proyecto de mejora entre la Atención Especializada de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge y el Centro de Salud Pirineos de Huesca, con pacientes pertenecientes a dicho Centro.

a) En pacientes sin diagnóstico previo de EPOC:

- Realización de espirometrías y test broncodilatador a los pacientes de 40 años o mayores con tabaquismo y síntomas respiratorios.

b) En Pacientes diagnosticados con anterioridad de EPOC:

- Clasificar la gravedad de los pacientes en función de índices multidimensionales.
- Valoración del CAT.
- Valoración de la comorbilidad mediante el Índice de Charlson.
- Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión.
- Determinación de los niveles de alfa 1 antitripsina.
- Prescripción de la vacuna antineumocócica.
- Realización del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI).

INDICADORES

Valoración antes y después de la puesta en marcha del proyecto de mejora de calidad.

- Número de espirometrías realizadas en los pacientes con factores de riesgo.
- Número de pacientes clasificados con índices multidimensionales.
- Evaluar la comorbilidad.
- Evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión.
- Número de determinaciones de la alfa 1 antitripsina.
- Número de profilaxis antineumocócica.
- Puntuación en el TAI.

DURACIÓN

- Abril-Mayo 2017: Redacción del programa de colaboración.
- Mayo-diciembre 2017: Comenzar a realizar espirometrías a la población con factores de riesgo. Ir revisando los pacientes ya diagnosticados de EPOC.
- Enero-febrero 2018: Análisis de los resultados y evaluación del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE SANDRA GARCIA SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN
BORDERIAS CLAU LUIS
GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO JAVIER
AGUILAR PAESA CRISTINA
AGUARELES PIRACES MARIA JOSE
ARIZON MENDOZA LOURDES
BARCOS PUYO SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un protocolo consensuado por todos los componentes de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge según la bibliografía actualizada y adaptado a las prestaciones de nuestro Hospital. El documento ha sido aceptado por la Comisión de Calidad del Hospital San Jorge. El protocolo elaborado a quedado a disposición de todos los compañeros en la pagina WEB (Sección Unidad de calidad-Procedimientos-Atención especializada-Neumología). El calendario se ha cumplido implimentando la sedación en los pacientes sometidos a una broncoscopia flexible desde finales del año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El impacto sobre los pacientes y sobre el personal sanitario que interviene en la realización de la broncoscopia ha sido muy importante y satisfactorio. Los indicadores utilizados han sido los siguientes:
- Grado de satisfacción de los pacientes sometidos a una broncoscopia.
- Grado de satisfacción del personal de enfermería durante la broncoscopia.
- Grado de satisfacción del personal médico durante la broncoscopia.
- Número de pacientes que se les tiene que realizar la broncoscopia bajo sedación profunda y control por anestesista.

Analizamos 47 broncoscopias realizadas en el Hospital San Jorge de Huesca bajo sedación. Mediante la escala analógica visual analizamos el grado de tolerancia por parte de los pacientes: 40 pacientes (85.1%) puntuaron por encima de 7 y solo 1 paciente puntuó por debajo de 2. El 100% de los 8 pacientes a los que se les realizaba una segunda prueba declararon que la tolerancia era mejor. El grado de satisfacción del personal sanitario (auxiliar, enfermera y neumólogo) durante la realización de las pruebas fue muy bueno en el 100% de las exploraciones (en cuanto a colaboración del paciente, dificultad para realización de la prueba y completarla con todas las técnicas necesarias). Durante este periodo únicamente se han tenido que realizar exploraciones con sedación más profunda en 2 pacientes; ambas en el Servicio de UCI (ninguna en quirófano y con control de anestesia). Solo un paciente presentó complicaciones severas con depresión respiratoria que se superó con soporte básico (Ambu) y fármacos antagonistas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de mejora nos ha sido útil para elaborar un protocolo de sedación durante la realización de la broncoscopia flexible consensuado por todo el Servicio de Neumología. Dado los resultados que estamos obteniendo, en la actualidad mas del 95% de las exploraciones las realizamos siguiendo dicho protocolo. Desde que realizamos las broncoscopias con sedación la realización de dicha prueba es mucho mas satisfactoria, permitiendo realizar el trabajo de una manera mucho mas relajada y con mas tiempo para la ejecución de la misma, con lo cual aumenta el rendimiento de la prueba. El protocolo ha quedado aceptado en el Hospital y colgado en la pagina web del mismo. Se seguirá utilizando siendo totalmente sostenible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/315 ===== ***

Nº de registro: 0315

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
GARCIA SAEZ SANDRA, CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN, BORDERIAS CLAU LUIS, BRIZ MUÑOZ ELENA, GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO JAVIER, AGUARELES PIRACES MARIA JOSE, ARIZON MENDOZA LOURDES, BARCOS PUYO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Broncoscopia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La broncoscopia flexible es una técnica invasiva diagnóstica y/o terapéutica y, aunque conlleva una escasa morbilidad y el tiempo de exploración suele ser corto, es una exploración muy molesta para el paciente. Los objetivos de la sedación serán fundamentalmente aliviar el estado de ansiedad, hacer la técnica lo más confortable posible, facilitar las maniobras al endoscopista aumentando la rentabilidad de la prueba y, si llega a ser preciso, que el paciente consienta una nueva broncoscopia. La sedación administrada por los no anestesiastas es segura y coste-efectiva, pero no está exenta de complicaciones. El médico que debe realizar la sedación debe ser aquel que sea capaz de revertir la sedación y manejar las complicaciones que de ella pudieran derivarse. En la Sección de Neumología del Hospital San Jorge hasta hace escasos meses las broncoscopias se realizaban únicamente con anestesia local. En la actualidad se realizan, en la mayoría de los casos, con sedación, pero sin que existan unas directrices consensuadas por todos los neumólogos. Nos proponemos realizar un protocolo para unificar criterios durante la realización de dicho procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto de mejora va dirigido a todos los Neumólogos de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge de Huesca. Con la protocolización de la sedación durante la broncoscopia se disminuye la probabilidad de errores durante la realización de la misma. Al realizar la broncoscopia con sedación se conseguirán los siguientes objetivos:

- Mejorar la tolerancia de la prueba por parte de los pacientes sometidos a la broncoscopia.
- Facilitar el trabajo del personal médico y de enfermería durante la exploración mejorando el rendimiento de la misma.
- Aumentar el número de pacientes que aceptan repetir la broncoscopia en caso necesario.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo consensuado por todos los componentes de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge según la bibliografía actualizada y adaptado a las prestaciones de nuestro Hospital. Será necesaria la medicación para realizar la sedación del paciente y para revertirla en caso necesario, y el equipamiento para la monitorización durante el procedimiento. Tanto los fármacos como el equipamiento necesario ya los tenemos disponibles en el hospital. Lo único que será más prolongado es el tiempo de la exploración.

INDICADORES

- Grado de tolerancia de los pacientes sometidos a una broncoscopia mediante escala analógica visual.
- Grado de satisfacción del personal médico durante la broncoscopia mediante un cuestionario realizado a tal efecto.
- Número de pacientes que aceptan una segunda broncoscopia.
- Número de pacientes que se les tiene que realizar la broncoscopia bajo sedación profunda y control por anestesiasta.
- Número de broncoscopias que se deben suspender por inestabilidad hemodinámica.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo durante el mes de abril del 2018. Puesta en marcha inmediata. Valoración del protocolo durante un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BENAVENTE AGUILAR ISABEL
LASIERRA PERIZ YOLANDA
MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA
LASCORZ CORTINA ISABEL
VALLDEPEREZ ESPINACH ROSA
ABADIAS PUYUELO EVA
ESCARTIN ORUS ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de Guía de Enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que los indicadores serían Uso de la Guía/Persona/Tiempo, a valorar cada 6 meses, en este caso como el proyecto era la realización de la Guía, los indicadores habría que valorarlos a los 6 meses y al año (mediados/final de 2019)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos esta guía de gran utilidad, en la actualidad para el personal existente para consultar el modo de actuación y los protocolos, y principalmente para futuras incorporaciones de personal al Servicio, ya que facilitará mucho la incorporación al aportar información relevante para la Especialidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/473 ===== ***

Nº de registro: 0473

Título
GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
PABLO ZARO MARIA JESUS, BENAVENTE AGUILAR ISABEL, LASIERRA PERIZ YOLANDA, MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA, SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS, LASCORZ CORTINA ISABEL, ABADIAS PUYUELO EVA, SANZ PEREZ LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Neurofisiología Clínica es una especialidad médica que se basa en el estudio del Sistema Nervioso tanto Central como Periférico por medio de pruebas complementarias. La formación médica de la especialidad está totalmente establecida, mientras que en lo referente al personal de Enfermería la titulación oficial universitaria en nuestro país no existe como tal. En algunos países de Europa, como Italia o Portugal dentro de la formación universitaria sí existe el Grado en Técnico de Neurofisiología Clínica. En otros países como en Suecia y Finlandia existe una titulación de Técnico en Neurofisiología Clínica no universitaria como tal (especialización de Enfermería). Dado que es una especialidad muy técnica, el personal de Enfermería que empieza a trabajar como técnico en un Servicio de Neurofisiología Clínica encuentra dificultades en su inicio ya que carece de formación sobre el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

tema, por ello creemos que sería de gran utilidad disponer de una guía práctica en la que se reflejen las principales técnicas, material, equipamientos y protocolos a seguir en la realización de las diferentes exploraciones neurofisiológicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de una Guía Práctica para personal de Enfermería en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge. En dicha guía se resumirán las diferentes exploraciones que se realizan en nuestro servicio, detallando el material necesario, las labores del personal de Enfermería y los protocolos a seguir en cada una de ellas.

MÉTODO

En la guía se describirán las diferentes técnicas realizadas en nuestro servicio, incluyéndose el material y equipamiento necesario para cada una de ellas, y los protocolos de montaje y realización:

- Electromiogramas y Electroneurogramas
- Electroencefalogramas
 - Estudios vídeo-EEG basales
 - Estudios vídeo-EEG de siesta
 - Estudios vídeo-EEG tras privación de sueño
- Potenciales Evocados
 - Potenciales evocados auditivos
 - PEATC en lactantes (programa de screening de hipoacusia de Aragón)
 - PEATC en niños
 - PEATC en adultos
 - Potenciales evocados somatosensoriales
 - Potenciales evocados visuales
 - PEV y Electoretinograma-pattern
 - PEV y ERG flash (Ganzfeld)
- Estudios polisomnográficos
 - Poligrafía cardiorespiratoria nocturna
 - PSG nocturnos
 - Test de latencias múltiples de sueño
- Estudios de monitorización vídeo-EEG de larga duración
- Estudios de monitorización vídeo-EEG nocturnos

INDICADORES

Un indicador de este proyecto sería el empleo de la guía, por lo que el indicador sería el Uso de la misma/Persona/Unidad de Tiempo.
Se evaluará periódicamente el número de veces que se emplea la guía de forma periódica (cada 6 meses).

DURACIÓN

La duración de este proyecto es indefinida, en cuanto dispongamos de la guía se utilizará inmediatamente, realizándose revisiones cada 2 años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BENAVENTE AGUILAR ISABEL
LASIERRA PERIZ YOLANDA
EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO
PARDO MONESMA JESUS
MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA
LASCORZ CORTINA MARIA ISABEL
SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración del Proyecto
Elaboración de hoja de recogida de datos (tabla Excel en el Servidor)
Recogida de datos
Análisis de datos

Objetivo del proyecto:

Implementar el proceso de integración consistente en la captura de la lista de trabajo e incorporación de los informes EEG y EMG/PE a la Historia Clínica Electrónica mediante el sistema HL7, minimizando el riesgo de errores en los datos de los pacientes, facilitando el trabajo diario de los Facultativos y del resto del personal de la Unidad de Neurofisiología Clínica, permitiendo el acceso rápido al informe de las exploraciones al resto de los profesionales involucrados en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, ya sean del propio Hospital, de Atención Primaria o de los facultativos de centros de referencia en caso de ser derivado.

Indicadores:

Pacientes ambulatorios:

Porcentaje de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones.
En el caso de pacientes ingresados, se valorará el porcentaje de informes de exploraciones subidas del total de exploraciones.

Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ambulatorios:
Personal facultativo del Servicio de Neurofisiología Clínica.

Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ingresados: Personal de Enfermería del Servicio de Neurofisiología Clínica.

Control de aspectos técnicos incluida la resolución de fallos del sistema:
Servicio de Informática

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

Valor de Indicadores

EEG: % de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones: 71.8%
EMG: % de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones: 99.39%
PE: % de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha hecho un análisis de los datos de los 9 meses del proyecto (de Abril a Diciembre de 2019), con muy buenos resultados, sobre todo en las Unidades de EMG y Potenciales evocados (se han subido un 99.39% y un 100% de los informes de las exploraciones realizadas con el sistema de integración, respectivamente). En el caso de EEG el porcentaje de informes subidos es de 71.8%.

7. OBSERVACIONES.

En el caso de EEG hemos tenido problemas con el sistema de integración, ya que al ser un equipo de nueva adquisición ha habido errores técnicos, como captura de la hora en formato anglosajón, que han impedido la integración correcta. Además, se han tenido problemas con el Servidor, que ha impedido un funcionamiento correcto del sistema de integración en ocasiones, y con la agenda de los pacientes EEG ingresados.

El servicio de Informática del HSJ junto con los informáticos del Salud y los del equipo de EEG han ido solucionando los problemas que hemos tenido al inicio con el nuevo equipo de EEG; continuaremos mejorando para obtener un porcentaje de informes subidos mayor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1118 ===== ***

Nº de registro: 1118

Título
IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

Autores:
PABLO ZARO MARIA JESUS, BENAVENTE AGUILAR ISABEL, LASIERRA PERIZ YOLANDA, EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO, PARDO MONESMA JESUS, MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA, LASCORZ CORTINA MARIA ISABEL, SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
HL7 es una Organización Desarrolladora de Estándares (SDO) para el ámbito de la salud. Acreditada por el American National Standards Institute (ANSI), opera a nivel internacional y su misión en proveer estándares globales para los dominios clínico, asistencial, administrativo y logístico, con el fin de lograr una interoperabilidad real entre los distintos sistemas de información en el área de la salud. Es una de las organizaciones más importantes de informática médica a nivel internacional.

HL7 provee los estándares necesarios para el intercambio, integración, distribución y recuperación de información electrónica de salud que soporte la práctica clínica y la gestión, prestación y evaluación de servicios de salud. Las especificaciones HL7 más utilizadas son estándares de mensajería que permiten que diferentes aplicaciones de salud intercambien conjuntos clave de datos clínicos y administrativos.

La HCE, o "registro electrónico de salud" (EHR, por las siglas en inglés de Electronic Health Record) se creó en la década de los sesenta. En los últimos años, la adopción de HCE en los hospitales ha aumentado rápidamente, lo que ha generado grandes expectativas de mejoras en la calidad asistencial, la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos de atención y el empoderamiento del paciente.

Con el avance de las tecnologías, los nuevos equipos de diagnóstico utilizados en los laboratorios de Neurofisiología Clínica disponen de las prestaciones necesarias para realizar la integración con la HCE mediante el sistema HL7. Permiten capturar la lista de trabajo y adjuntar automáticamente a la HCE los informes de las pruebas diagnósticas realizadas por los facultativos.

Este sistema tiene grandes ventajas:

Facilita el trabajo diario y permite ahorrar tiempo.
Minimiza los errores, tanto los cometidos al rellenar la ficha del paciente como al incorporar el informe manualmente.
Permite acceder al informe del paciente no solo el facultativo solicitante sino también a su médico de Atención Primaria.
Permite el acceso de los resultados de las pruebas diagnósticas a los facultativos de los centros de referencia en caso de que el paciente sea derivado.
Dado que esta Unidad presta asistencia neurofisiológica a toda la población de la provincia de Huesca, evita los extravíos del informe al enviarse por correo.

A raíz de la adquisición de nuevos equipos de electromiografía (EMG)/ Potenciales evocados (PE) (2017) y electroencefalografía (EEG) (diciembre de 2018) la Unidad de Neurofisiología Clínica comenzó con la integración de la HCE mediante el HL7 . En el año 2018 se inició la integración en los equipos de EMG/PE y a comienzos de 2019 la del equipo de electroencefalografía, siendo pioneros en Aragón en la utilización de este sistema, ya que es la Unidad de Neurofisiología Clínica del hospital San Jorge de Huesca la primera en incorporarlo. Para la implementación de este sistema ha sido imprescindible la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge, Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos (CGIPC) de los Servicios Centrales del SALUD, y de la empresa comercializadora de los equipos (ALMEVAN).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar el proceso integración consistente en la captura de la lista de trabajo e incorporación de los informes EEG y EMG/ PE a la Historia Clínica Electrónica mediante el sistema HL7, minimizando el riesgo de errores en los datos de los pacientes, facilitando el trabajo diario de los Facultativos y del resto del personal de la Unidad de Neurofisiología Clínica y permitiendo el acceso rápido al informe de las exploraciones al resto de los profesionales involucrados en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, ya sean del propio Hospital, de Atención Primaria o de los facultativos de centros de referencia en caso de ser derivado

MÉTODO

Elaboración del Proyecto
Elaboración de hoja de recogida de datos (tabla Excel en el Servidor)
Recogida de datos
Análisis de datos

INDICADORES

Los indicadores serán los siguientes:

Pacientes ambulatorios: Porcentaje de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones.
En el caso de pacientes ingresados, se valorará el porcentaje de informes de exploraciones subidas del total de exploraciones.
Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ambulatorios: Personal facultativo del Servicio de Neurofisiología Clínica.
Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ingresados: Personal de Enfermería del Servicio de Neurofisiología Clínica.
Control de aspectos técnicos incluida la resolución de fallos del sistema: Servicio de Informática.

DURACIÓN

Enero-Abril 2019: Elaboración del proyecto, planificación, determinación de indicadores
Abril-Octubre 2019: Recogida de datos
Noviembre-Diciembre 2019: Análisis de datos.

OBSERVACIONES

La integración de los informes de exploraciones de Neurofisiología Clínica que se está realizando en nuestro hospital es una actividad pionera en nuestra Comunidad, siendo el único de Aragón en realizarla, y sirviendo como piloto para su implantación en otros hospitales que disponen de equipos con las mismas prestaciones.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA SERAL MORAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA RUBIO SEBASTIAN
RUIZ PALOMINO PILAR
TORDESILLAS LIA CARLOS
BESTUE CARDIEL MARIA
ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2016 se inició el conocimiento de las diferentes plantillas disponibles en la Historia Clínica Electrónica: hoja de ingreso e informe de alta de ictus isquémico, ictus hemorrágico y accidente isquémico transitorio. Se analizaron sus diferentes apartados y escalas incluidas consensuadas por el grupo de trabajo para el Seguimiento y Mejora del Programa de Atención al Ictus en Aragón (PAIA).

Durante los seis meses siguientes (Enero - Junio 2017) se fueron utilizando las diferentes plantillas para los pacientes que ingresaron en el área de ictus del Hospital San Jorge. Ingresaron un total de 126 pacientes en dicho periodo. Durante la realización de sus informes de ingreso/alta se detectaron 12 problemas relacionados con la información/calidad de las mismas que fueron reportados al equipo informático del Salud de Aragón responsable de la implantación de la historia clínica para su conocimiento y posible subsanación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los primeros meses de 2017 se han pilotado todas las plantillas incluidas en la Historia Clínica Electrónica (HCE) para los pacientes ingresados por ictus en nuestra área. Se detectaron 12 problemas relacionados con la calidad/información de las plantillas que incluida que fueron reportados para su subsanación.

Durante el año 2017 se ha generalizado el uso de las diferentes plantillas informáticas en la Sección de Neurología del Hospital San Jorge, en el 100% de los pacientes ingresados. En la actualidad es la única herramienta con la que se trabaja para la realización de los informes de ingreso y alta de los pacientes afectados de ictus en nuestra área, tras haberla incluido en nuestra práctica clínica asistencial. Además estos informes están disponibles a través de la HCE para todos los facultativos involucrados en la atención sanitaria del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la introducción de plantillas estandarizadas en la atención al ictus se ha mejorado la asistencia y facilitado el trabajo diario de los facultativos al incrementar la calidad de los informes de ingreso/alta. Esto supone una importante mejora tanto en la continuidad asistencial con otros niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitales de larga estancia), así como, entre los diferentes sectores al estar disponible la información a través de la HCE.

La homogeneización de la atención/información incluida incrementa la seguridad y permite disminuir la variabilidad clínica e incrementar la competencia. En el futuro cuando se haya implementado en todos los hospitales de nuestra comunidad permitirá evaluaciones completas del proceso asistencial que mejorará la calidad y el tratamiento de la información para detectar posteriores líneas de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1007 ===== ***

Nº de registro: 1007

Título
IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Autores:
SERAL MORAL MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, GARCIA RUBIO SEBASTIAN, RUIZ PALOMINO PILAR, TORDESILLAS LIA CARLOS, BESTUE CARDIEL MARIA, ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Ictus
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad cerebrovascular supone aproximadamente un 50-60% de la patología hospitalaria atendida en Unidades de Neurología, por lo que las acciones sobre la misma tiene un elevado impacto en la asistencia.

En 2009 se pone en marcha en nuestra comunidad un grupo de trabajo para el Seguimiento y Mejora del Programa de Atención al Ictus en Aragón. Desde entonces la atención a esta patología ha experimentado un mejora continua tanto en morbimortalidad como en homogeneización de la asistencia entre los diferentes sectores.

La reciente implantación de la Historia Clínica Electrónica en nuestra comunidad ha supuesto y supone una importante oportunidad de mejora en estos aspectos al facilitar la información entre los distintos niveles asistenciales así como entre los diferentes sectores.

Durante el año 2015 el equipo informático del salud responsable de la implantación de la historia clínica (CGIPC) junto con el grupo de trabajo del Ictus han realizado plantillas específicas de los tres principales procesos de hospitalización de la patología cerebrovascular: Ictus isquémico, Ictus hemorrágico y Accidente isquémico Transitorio. Esto supone un importante avance al facilitar la asistencia a través de la normalización de procesos y usos de escalas con repercusión en práctica clínica, disminuir la variabilidad y mejorar la seguridad clínica. Además permite a través de su codificación la extracción de información relevante para su posterior evaluación con el fin de detectar problemas y oportunidades de mejora.

Desde la sección de Neurología del Hospital San Jorge vamos a llevar a cabo el pilotaje de estas plantillas con la finalidad de evaluar su aplicación en la práctica clínica y en el trabajo diario asistencial por parte de los facultativos, los beneficios en la homogeneización de la asistencia y la detección de posibles errores o información relevante no incluida, para su posterior ampliación al resto de Unidades de Neurología de nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la asistencia ? Facilitar el trabajo diario de los facultativos (tras el proceso de entrenamiento) a través de herramientas incluidas en las plantillas. Incrementar la calidad de los informes de alta que repercutirá en la mejora entre la continuidad asistencial y entre sectores
2. Incrementar la seguridad ? Disminuir la variabilidad clínica e incrementar la competencia
3. Permitir evaluaciones completas del proceso asistencial que mejorará la calidad y el tratamiento de la información para detectar posteriores líneas de mejora.

MÉTODO

1. Incorporación progresiva de la utilización en la práctica clínica habitual de las diferentes plantillas disponibles: Informes de ingreso e Informes de alta de Ictus Isquémico, Ictus Hemorrágico y Accidente Isquémico Transitorio.
2. Detección y registro de posibles errores, información relevante no disponible o cambios en la plantilla que dificulten su utilización diaria.
3. Informar periódicamente de los problemas detectados a los responsables (Equipo informático y grupo de Ictus) para su evaluación y modificación según proceda

INDICADORES

- Pilotaje realizado de las diferentes plantillas Si/No
- Comunicación de problemas detectados y notificados (Si/No)
- Subsanación de problemas detectados (Si/No)
- Tasa de pacientes con Informe de alta específico de enfermedad cerebrovascular (objetivo > 75%)

DURACIÓN

Noviembre 2016: Conocimiento/Entrenamiento por parte de los facultativos de la sección de las diferentes plantillas y sus utilidades
Diciembre 2016-Mayo 2017: Pilotaje de las diferentes plantillas y comunicación continua de los problemas/posibilidades de mejora detectados para su subsanación
Junio 2017: Consolidación del uso de plantillas entre los facultativos de nuestro hospital en práctica clínica diaria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

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 - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE OLALLA ALBERTI GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERAL MORAL MARIA
GARCIA RUBIO SEBASTIAN
RUIZ PALOMINO PILAR
TORDESILLAS LIA CARLOS
BLESA CLAVERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la mejora de la Atención al Ictus se constituyó un grupo multidisciplinar en el que han participado/participan activamente los Servicios de Urgencias, Radiología y Neurología. Hasta la fecha actual se ha actualizado el Protocolo de Manejo de Ictus en Área de Ictus del Hospital San Jorge y se ha elaborado con el Servicio de Radiología el Protocolo para la realización de Neuroimagen avanzada en la Atención urgente al ictus. Estando en el momento actual pendiente de derivación a Unidad de Calidad de nuestro sector.
El protocolo para la atención en Urgencias y Criterios de Derivación para trombectomía al centro de referencia está en proceso de actualización debido a los cambios que han acaecido en el último año (2017) en la Atención al Ictus por la evidencia científica disponible (ampliación de criterios para fibrinólisis y trombectomía) y los cambios en la Atención en nuestra comunidad (desde Noviembre de 2017 existe guardia de Neurovascular para la atención a los pacientes de nuestra comunidad).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha creado un equipo multidisciplinar del que forman parte facultativos de los Servicios de Radiología, Urgencias y Neurología.
Se ha actualizado el protocolo de Manejo en Área de Ictus
Se ha elaborado el protocolo para la realización de Neuroimagen avanzada en el Ictus.
Está en proceso la realización de Atención en Urgencias, criterios y vía para derivación para fibrinólisis y trombectomía mecánica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento actual se ha avanzado en la realización de protocolos para una atención de calidad a los pacientes con Ictus en nuestro sector.
Queda pendiente finalizar la vía de derivación a centro de referencia para el manejo del Ictus agudo, así como la difusión a los diferentes servicios de nuestro hospital que están en contacto con la patología y pasar los protocolos por la Unidad de Calidad de nuestro sector. Se ha propuesto como plazo de finalización Febrero de 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1009 ===== ***

Nº de registro: 1009

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Autores:
ALBERTI GONZALEZ OLALLA, MEJIA ESCOLANO DAVID, SERAL MORAL MARIA, GARCIA RUBIO SEBASTIAN, RUIZ PALOMINO PILAR, TORDESILLAS LIA CARLOS, BLESA CLAVERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Otro tipo Objetivos:

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

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Ictus en nuestro medio es la principal causa de discapacidad en el adulto, así como la principal causa de mortalidad en la mujer y la segunda en el hombre. En Aragón se cae en 2009 un grupo de trabajo para la mejora a la atención del Ictus multicéntrico que ha puesto en marcha la atención en fase aguda al Ictus de forma homogénea con aplicación de cuidados específicos que han demostrado disminuir la mortalidad y secuelas del mismo. Nuestro hospital participó de manera muy activa y en colaboración con los servicios de urgencias, radiología, nutrición y rehabilitación en la realización de protocolos de diagnóstico precoz de complicaciones y de cuidados en fase aguda que lograron disminuir la mortalidad desde el primer año de su instauración. En un segundo tiempo se puso en marcha en nuestro centro en 2011 el tratamiento fibrinolítico IV para aquellos pacientes candidatos (entorno a un 10%) que permite pisar de forma total o parcial en algunos casos el trombo causante del Ictus, obteniendo un tamaño lesional cerebral menor y por tanto mejor capacidad funcional final del paciente con un grado menor de dependencia. En este tiempo se han ido ampliando la ventana horaria y ajustando los criterios de inclusión, permitiendo acceder al tratamiento fibrinolítico IV a un mayor número de pacientes. A pesar de todo en muchos casos el fibrinolítico iv no es capaz de lisar el trombo por lo que en estos últimos años se han desarrollado distintas técnicas para tratar de mejorar la recanalización precoz de la arteria. Entre ellas la trombectomía mecánica ha demostrado su eficacia y seguridad en la extracción mecánica del trombo y recanalización arterial, consiguiendo una grado significativamente menor de dependencia de los pacientes a los 3 y 6 meses. En 2016 se aprueba en cartera de servicios la trombectomía mecánica en aragón centralizada en el Hospital Miguel Servet con la próxima puesta en marcha a lo largo de 2017.

Es por tanto preciso reorganizar la atención al Ictus en fase aguda en nuestro hospital para poder ofrecer este tratamiento en las mejores condiciones de efectividad y seguridad a nuestra población. Para ello se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para la realización de protocolos de actuación en urgencias y criterios de derivación de pacientes candidatos a trombectomía desde nuestro hospital al centro de referencia, así como protocolos y guía de actuación de acogida de los pacientes en nuestra área de ictus tras el procedimiento, para asegurar un adecuado circuito de vuelta que permita asegurar los cuidados médicos y de enfermería que estos pacientes precisarán, evitando la sobresaturación del centro de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

La realización de estos protocolos de actuación tiene como finalidad asegurar la excelencia en el tratamiento en fase aguda al Ictus al permitir a nuestra población acceder de forma homogénea y segura a dicho tratamiento.

Asegurar el uso racional de recursos sanitarios al facilitar el traslado precoz de los pacientes desde el centro de referencia a nuestro hospital, evitando así el "colapso" asistencial en el hospital de referencia, permitiendo una actuación ágil y organizada entre sectores sanitarios.

MÉTODO

Se creará un grupo de trabajo multidisciplinar con el personal implicado en el proceso formado por facultativos de urgencias, radiología y neurología para desarrollar los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía en la atención en fase aguda del ictus en nuestro hospital.

INDICADORES

- Creación del grupo multidisciplinar de trabajo formado por facultativos especialistas en Urgencias, Radiología y Neurología. (S/N)
- Redacción de los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía desde nuestro Hospital al centro de referencia. (S/N)
- Presentación de dichos protocolos al Grupo de atención integral del Ictus de Aragón, detección de problemas y corrección de los mismos. (S/N)
- Puesta en marcha de los protocolos. (S/N)
- % de adecuación en la aplicación de los protocolos, una vez puesto en marcha a nivel de Aragón la trombectomía. Objetivo >80%

DURACIÓN

- Noviembre 2016 creación del grupo multidisciplinar
- Noviembre-Enero 2017: desarrollo y corrección de los protocolos
- Febrero 2017: presentación de los protocolos al grupo de atención al Ictus integral de Aragón y modificación si es preciso de los mismos.
- Feb-Diciembre 2017: aplicación de los protocolos y normalización de su uso en la actuación al Ictus en fase aguda en nuestro hospital.

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 - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0279

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORDESILLAS LIA CARLOS
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
SERAL MORAL MARIA
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL
TERINGUER MUR MARIA PILAR
EIZMENDI BINDER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha iniciado la consulta específica de cefalea, dentro del Sº de Neurología, con una periodicidad de 1 consulta mensual clínica (de diagnóstico y tratamiento) y otra consulta con una periodicidad mensual de técnicas para tratamientos de cefaleas (infiltración de toxina botánica y bloqueos anestésicos), se ha creado una bases de datos para filiar a los pacientes atendidos, se esta en proceso de la realización de protocolos de derivación, así como de tratamiento de cefaleas mas frecuentes. Se realizar formación a los MIR de MFYC en esta consulta específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se esta realizando en la consulta tal como se había propuesto un diagnostico clínico según IHS, una orientación terapéutica y recomendación es tanto para los pacientes como para los MAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los últimos meses se ha incrementado el numero de pacientes atendidos en la consulta, precisando tres días al mes para ello, lo cual denota la necesidad que había en este ámbito que ahora se esta cubriendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/279 ===== ***

Nº de registro: 0279

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, TORDESILLAS LIA CARLOS, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, SERAL MORAL MARIA, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL, TERINGUER MUR MARIA PILAR, EIZMENDI BINDER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. La alta prevalencia de la cefalea en nuestro medio y la repercusión socioeconómica que comporta justifica la aparición en los últimos años de unidades específicas para el estudio y tratamiento de este grupo de patologías. La cefalea es el motivo de consulta más frecuente en las consultas de Neurología. Como ocurre con diferentes subespecialidades en la Neurología, una Unidad de Cefalea cumple con la tarea de reconocer y tratar de forma más adecuada al paciente con cefalea, una vez diagnosticados y orientado terapéuticamente muchos de los enfermos vistos se podrían continuar el seguimiento en Atención Primaria con lo que se reducirían las consultas reiteradas a urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0279

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

consulta general de Neurología y atención primaria. En los últimos años el desarrollo de distintas técnicas de tratamiento invasivas (inyección de toxina botulínica y bloqueos nerviosos) con muy buenos resultados hace que sea preciso una formación específica.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana del proyecto es todo paciente con cefalea del sector de Huesca. La principal intervención es orientar el proceso diagnóstico-terapéutico de los pacientes con cefalea desde el servicio de Neurología del Hospital San Jorge. Se espera mejorar la calidad en el manejo y seguimiento de pacientes con cefalea, sobre todo en los que requieren especial atención: migraña crónica, cefalea de Horton, Neuralgia del trigémino. Tener una referencia para los médicos de atención primaria del sector para orientar durante el proceso diagnóstico terapéutico también a través de la teleconsulta.

MÉTODO

Emisión de una primera impresión diagnóstica. Siguiendo la clasificación internacional de cefaleas en su última versión. Solicitud de pruebas diagnósticas necesarias. Elaboración de un plan terapéutico: Información sobre el diagnóstico, sobre las opciones de tratamiento. Entrega de calendario de cefalea. Entrega de folletos informativos de las cefaleas más prevalentes (Migraña y cefalea tensional, con consejos prácticos para pacientes) así como cefaleas con peculiaridades especiales (cefalea en racimos, neuralgia del trigémino). Entrega de informe con destino a atención primaria con recomendaciones, advertencias sobre efectos secundarios de los tratamientos etc... Realización de técnicas avanzadas para el tratamiento de cefaleas: Inyección de toxina botulínica, bloqueos anestésicos. Seguimiento periódico de los pacientes según necesidades especiales. Realización de protocolos asistenciales: Criterios de admisión y alta de la consulta, secuencia temporal de actividades, responsable de cada actividad, registro de cada actividad, indicadores de evaluación de tratamientos avanzados en cefaleas, para la minimización de riesgos y accidentes. de derivación de atención primaria, criterios de admisión y tratamiento en hospital de día, de diagnóstico de cefaleas primarias más frecuentes, de diagnóstico de cefaleas secundarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas primarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas secundarias más frecuentes, de indicación y aplicación de técnicas terapéuticas invasivas y semi-invasivas. Formación a médicos de Atención primaria, mediante estancias en la consulta específica de cefalea, en cursos FOCUSS etc... Creación de registros de pacientes de la consulta específica de cefalea, de incidencias generales, de actividades de formación e investigación, de reclamaciones. Establecer un plan de comunicación: sobre la creación y funcionamiento de la consulta. Garantizar la asistencia a pacientes con cefalea que precisan una atención rápida.

INDICADORES

Creación de una base de datos con los pacientes de la consulta. Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma anual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes. Realización de una memoria anual, atendiendo a los indicadores recomendados por el Grupo de estudio de cefalea de la Sociedad Española de Neurología: % de pacientes con registro de diagnóstico de trabajo en la 1ª visita, con diagnóstico codificado según la ICHD vigente, utilización de diario/calendario, tratados según guías basadas en la evidencia evaluación con escalas de discapacidad y calidad de vida, % de procedimientos con consentimiento informado, % de pacientes tratados con bloqueos e infiltraciones. Tiempo de demora de atención en la consulta.

DURACIÓN

En el mes de Mayo de 2018 la médico responsable de la consulta de cefalea realizara una rotación por la Unidad de cefaleas del HCU Lozano Blesa de Zaragoza, para la formación en técnicas invasivas en cefaleas y manejo de una consulta específica de cefalea. Posteriormente (a partir de junio) se citaran consultas específicas de cefalea en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad de 2 al mes, cada día de se visitaran en torno a los 10 pacientes, 30 minutos por consulta. La duración del proyecto se prevé indefinida. Revisión anual de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA SERAL MORAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBERTI GONZALEZ OLALLA
TORDESILLAS LIA CARLOS
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO
GARCIA FERNANDEZ LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer semestre de 2018 se realizó puesta en común de las patologías más prevalentes en Consultas de Atención Primaria. Se decidió abordar cefalea y deterioro cognitivo. Para ello se organizó un programa de formación a través de la convocatoria Focuss en la que participaron todos los miembros del equipo para la formación de Médicos de Atención Primaria en estas patologías. En el caso de la cefalea se asumieron los criterios de derivación recomendados por la Sociedad Española de Neurología y en el caso de las demencias se estableció el protocolo de recomendaciones analíticas y de exploración cognitiva en Atención Primaria previo a la derivación al especialista. Además se realizó hoja de recomendaciones para el paciente con Migraña (cefalea más prevalente) y modelo de informe para aportar al paciente para que se remitiera al Médico de Atención Primaria. Además se reorganizó la asistencia en la Sección de Neurología, de forma que se ha dotado de un tiempo estipulado para dar respuesta a la interconsulta virtual de forma que la respuesta se pueda realizar con celeridad.

Durante el segundo semestre se puso en marcha la difusión del trabajo realizado a los Médicos de Atención Primaria. En Septiembre de 2018, se realizó el programa Focuss anteriormente comentado, al que asistieron 4 MAP del sector. En este programa se ha hecho difusión de los protocolos de derivación propuestos por la Sociedad Española de Neurología. Así mismo, dado el buen acogimiento del programa, entre los profesionales de Atención Primaria, se va a mantener este programa en el año 2019, para continuar la formación de profesionales en la patología neurológica más prevalente. Se ha realizado un Grupo de Mejora en el que participan profesionales de Atención Primaria junto con facultativos de Neurología, para optimizar el trabajo conjunto entre ambos niveles asistenciales y difusión de las acciones realizadas a los centros de salud, siendo la responsable la Dra. García (F.E.A. Neurología del Hospital San Jorge). Se ha optimizado la respuesta a la interconsulta virtual para responder a las dudas o cuestiones planteadas por los Médicos de Atención Primaria o citar en los casos necesarios. Se ha organizado esta actividad dentro del Servicio, de forma que la práctica totalidad de las consultas relacionadas con estas patologías se responden en un plazo inferior a 72 horas en días laborables. Se está implementando progresivamente el uso de la Historia Clínica Electrónica en la consulta de Neurología, de forma que los facultativos de Atención Primaria pueden acceder a la información generada de la Consulta de Neurología con las recomendaciones de tratamiento y pautas a seguir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la comunicación entre los distintos niveles asistenciales: Primaria-Especializada, mediante la comunicación directa a través del programa de formación Focuss sobre manejo de patología neurológica prevalente en Atención Primaria y con la creación de un grupo de mejora para el manejo de la cefalea. Además se está incorporando progresivamente el uso del Curso Clínico de la Historia Clínica Electrónica en Consultas Externas de Neurología de forma que el Médico de Atención Primaria tiene accesible la información derivada del proceso asistencial y las pautas y recomendaciones a seguir. Se ha dotado de tiempo la respuesta a la interconsulta virtual de forma que los Médicos de Atención Primaria tienen un sistema de comunicación fluido y eficaz con un breve tiempo de respuesta.

A cierre de 2018 (según los datos ofrecidos desde Administración del Hospital para el acuerdo de gestión), había disminuido el número de pacientes con demora > 60 días respecto al año previo. El porcentaje de colaboraciones valoradas a través de interconsulta virtual respecto a las solicitadas desde Atención Primaria en el año 2018 ha sido de un 99,5%. La práctica totalidad de las consultas relacionadas con las patologías: cefalea y deterioro cognitivo, se han respondido en un plazo inferior a 72 horas (salvo excepciones de días festivos consecutivos o cuestiones muy concretas que precisan de solicitar y revisar la historia clínica determinada de un paciente).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la puesta en marcha del programa y la evaluación del mismo, consideramos que ha mejorado la satisfacción en la comunicación entre los facultativos de ambos niveles asistenciales. Con la llegada del Curso Clínico de la Historia electrónica y la interconsulta virtual, se ha favorecido la comunicación entre ambos niveles, con una información de calidad y que repercute en una mejora de salud de los pacientes y en una atención más transversal.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

*** ===== Resumen del proyecto 2018/463 ===== ***

Nº de registro: 0463

Título
PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SERAL MORAL MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, TORDESILLAS LIA CARLOS, GONZALEZ MUÑOZ ALVARO, GARCIA FERNANDEZ LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología neurológica ha objetivado un incremento notable en los últimos años debido entre otras razones al envejecimiento de la población y al mayor acceso a la información con la que cuentan los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
Las demoras en las Consultas de Neurología se han incrementado progresivamente haciendo necesario un nuevo planteamiento de la asistencia neurológica ambulatoria.
Por un lado una gran parte de la asistencia en Consultas se centra en unos pocos síndromes clínicos, de diagnóstico eminentemente clínico, que podrían ser abordadas de forma segura y con calidad desde Atención Primaria, con el entrenamiento y el apoyo adecuados.
Por otro lado no existe en el momento actual una comunicación eficaz entre los distintos niveles asistenciales que permita una adecuada valoración y derivación de los pacientes. La puesta en marcha de la interconsulta virtual presenta una oportunidad de mejora para hacer que las comunicaciones sean más fluidas y que de esta forma desde Atención Primaria pueda atenderse una parte significativa de la patología neurológica ambulatoria con apoyo del facultativo Especialista cuando sea requerido.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales y de esta forma abordar determinada patología neurológica desde Atención Primaria de forma eficiente, evitar derivaciones innecesarias, mejorar la asistencia temprana en los casos en que esta sea necesaria y solucionar dudas/problemas que pudieran surgir en la atención a los pacientes neurológicos.

MÉTODO
Primera fase: En sucesivas reuniones entre los facultativos se expondrán las patologías más prevalentes y que puedan ser abordadas desde Atención Primaria. Inicialmente se ha decidido trabajar en dos grandes síndromes por su alta prevalencia: Cefalea y Deterioro Cognitivo. Se realizarán protocolos de valoración, manejo y derivación, así como documentos informativos tanto para el Médico de Atención Primaria como Información para los pacientes. Estos protocolos una vez finalizados serán accesibles desde Atención Primaria para su consulta.
Segunda fase: Se informará a los distintos Centros de Salud del trabajo anterior elaborado para su consulta. A través de la Historia Clínica electrónica se resolverán las cuestiones que puedan surgir en la Atención de estos pacientes en el menor plazo de tiempo posible (se estima 24 horas en días laborables). Si el paciente finalmente es derivado por necesidad o dudas diagnósticas a la Consulta de Neurología, al alta de la misma se elaborará un informe con el diagnóstico y pauta de tratamiento y cuidados a seguir.

INDICADORES
Reducción demora media para acceso a Consultas Externas de Neurología respecto al periodo anterior 2017
Porcentaje de consultas virtuales realizadas antes de las 72 horas. 100%
Porcentaje de consultas virtuales (relacionadas con Cefalea o Deterioro Cognitivo) que se resuelven de forma telemática sin necesidad de derivación a Consultas. 40%

DURACIÓN
Primera fase: Elaboración de protocolos: Segundo trimestre de 2018 (Abril-Junio)
Segunda fase: Puesta en marcha del sistema de comunicación: Junio-Diciembre 2018.
Evaluación y conclusiones: Enero 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0203

1. TÍTULO

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN NEUROLOGÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS TORDESILLAS LIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA FERNANDEZ LORENA
ALBERTI GONZALEZ OLALLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Rotación del Dr. Artal Roy Jorge conmigo durante 5 jornadas para el aprendizaje de la aplicación de la toxina en las diferentes patologías, incluido el uso del EMG/estimulador Clavis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha pinchado toxina en espasmos hemifaciales, blefarospasmos y en las salivares en casos de sialorrea sin ninguna supervisión, completamente autónomo, en consulta propia. Es capaz de tratar músculos proximales de los miembros en casos de espasticidad y distonía de forma autónoma, pero necesita apoyo en caso de algunos músculos distales (pronadores, flexores del carpo y dedos, cuello...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Precisaría algo más de práctica para tratar otras patologías. Es difícil conseguir que los médicos roten para el aprendizaje por las necesidades asistenciales de la unidad. No obstante el proceso no ha terminado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/203 ===== ***

Nº de registro: 0203

Título
APLICACION PRACTICA DE LA TOXINA BOTULINICA EN NEUROLOGIA

Autores:
TORDESILLAS LIA CARLOS, GARCIA FERNANDEZ LORENA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Solo un miembro de la sección conoce todas las técnicas del uso de la toxina botulínica. Dos más conocen una sola técnica.

RESULTADOS ESPERADOS
Formar al menos 2 miembros (o tres si se puede) más de la sección en la mayoría de las técnicas de aplicación de la toxina botulínica en neurología

MÉTODO
Rotación y práctica bajo dirección de las diferentes técnica. Uso del CLAVIS

INDICADORES
Demostración práctica de las técnicas de aplicación de la toxina botulinica

DURACIÓN
12 sesiones por discente. Comenzando en Marzo si es posible.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0203

1. TÍTULO

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN NEUROLOGÍA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0553

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA GOMARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORDESILLAS LIA CARLOS
ARTAL ROY JORGE
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado una consulta de Epilepsia monográfica con periodicidad mensual
Se ha fijado un neurólogo y personal de enfermería fijos para la atención en esta consulta
Se han ido derivando pacientes desde la consulta de neurología general estableciendo prioridad a aquellos que presentan mayor refractariedad y a pacientes de reciente diagnóstico de epilepsia
Se ha establecido vía de derivación para estudio de epilepsia refractaria con el servicio de Neurofisiología
Se ha establecido vía de derivación para el estudio prequirúrgico de epilepsia refractaria con el servicio de Neurología de hospital de referencia
Formación de pacientes y familiares acerca de la enfermedad, actitud a seguir en caso de presentar una crisis epiléptica y terapias a seguir

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Agrupación y registro en base de datos de los pacientes epilépticos del sector sobre todo aquellos más refractarios y que precisan revisiones periódicas frecuentes
Ofrecer a los pacientes y familiares adecuada información del proceso de su enfermedad así como formación adecuada para evitar nuevas crisis epilépticas y la correcta actuación en caso de presentar una crisis epiléptica.
Establecer una vía de comunicación y colaboración con diferentes servicios implicados en la atención al paciente con epilepsia (Neurofisiología, Unidad de Epilepsia de HUMS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mantendremos la consulta de momento con esta periodicidad y en función de las necesidades asistenciales de los pacientes ampliaremos las agendas para este fin. La idea es seguir realizando actividades formativas y de mejora de la calidad en la atención de los pacientes incidiendo en sus comorbilidades asociadas, estudios neuropsiquiátricos y de monitorización para el diagnóstico diferencial con los Eventos paroxísticos no epilépticos de cara al próximo año. El haber establecido un neurólogo de referencia y personal de enfermería fijo en esta consulta supone que el paciente tenga un médico de referencia que conoce su patología crónica y una enfermera que resuelva sus dudas de forma rápida y eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/553 ===== ***

Nº de registro: 0553

Título
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA GOMARA MARIA JOSE, TORDESILLAS LIA CARLOS, ARTAL ROY JORGE, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0553

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Epilepsia es una enfermedad neurológica que consiste en una alteración cerebral que predispone a tener crisis epilépticas de repetición.

La prevalencia es de 1% en la población general y provoca una merma en la calidad de vida de los pacientes que la padecen así como de sus familiares tanto por el riesgo de accidentes tras sufrir una crisis epiléptica que conlleva a restricciones laborales y sociales, como al estigma que provoca y sus comorbilidades físicas y psicológicas derivadas de la enfermedad y sus tratamientos.

Un 70% de los pacientes epilépticos presentan un adecuado control de las crisis con uno o más tratamientos farmacológicos mientras que el resto presentarán mal control de las mismas; uno de los factores más importantes que provocan el fracaso del tratamiento es el mal cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes así como estilos de vida inadecuados como el consumo de tóxicos, mala higiene del sueño, etc. Todo esto provoca un gasto elevado de recursos sanitarios y hay que dedicar un tiempo específico para cada paciente en el que explicar, recomendar e informar sobre estos aspectos que por desgracia excede el de una consulta de neurología general convencional.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana de este proyecto será todo paciente que presente una epilepsia, sobre todo los casos más refractarios en el sector de Huesca.

La principal intervención será orientar e informar en el diagnóstico inicial de epilepsia mejorando la información al paciente y familiares, así como mejorar la calidad asistencial en los pacientes que requieran una atención más especial por ser refractarios, control de embarazo en mujeres epilépticas y estudio prequirúrgico de epilepsia para ser derivados a la Comisión de Cirugía de Epilepsia.

Tener una referencia en epilepsia para los médicos de atención primaria así como de mejorar su formación en dicha patología mediante charlas, elaboración de protocolos, etc.

MÉTODO

1. Realizar una evaluación inicial de los pacientes que presentan epilepsia

- Historia clínica detallada con Antecedentes personales y familiares, AP de consumo de tóxicos, desarrollo psicomotor, embarazo y parto. Edad de debut de la epilepsia, tipos de crisis epilépticas y desencadenantes de las mismas.

- Exploración física y neurológica detallada

2. Establecer un diagnóstico de presunción del tipo de Epilepsia que presenta el paciente

3. Solicitud de pruebas complementarias necesarias

4. Elaboración de un plan terapéutico del paciente

5. Entrega de calendario de crisis epilépticas

6. Elaboración de un informe en Historia Clínica Electrónica para que cualquier personal sanitario pueda estar informado de la situación del paciente en caso de precisar una atención urgente

7. Elaboración de Base de datos de todos los pacientes epilépticos atendidos en esta consulta para poder tener un registro por patología, complicaciones y desarrollar líneas de investigación con estos datos.

8. Elaboración de protocolos de actuación para familiares y el personal sanitario de urgencias en caso de presenciar una crisis epiléptica así como de actuación en el status epiléptico.

INDICADORES

- Creación de base de datos con los pacientes de consulta para control de calidad y posteriores proyectos de investigación en epilepsia

- Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma anual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes y familiares

- Realizar una memoria funcional anual de la consulta

DURACIÓN

A partir del mes de abril de 2018 se comenzarán a citar consultas específicas de epilepsia en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad inicial de 1 al mes, donde cada día se revisaran de 10 a 12 pacientes con 30 minutos por consulta.

La duración del proyecto se prevé indefinida, pudiendo ampliar el número de días en función de la demanda por la prevalencia de la patología.

OBSERVACIONES

Adjunto Bibliografía reciente:

The influence of attachment style and relationship quality on quality of life and psychological distress in carers of people with epileptic and nonepileptic seizures. Wardrope A, Green B, Norman P, Reuber M. *Epilepsy Behav.* 2019 Feb;93:16-21.

Behavioral interventions in epilepsy. Haut SR, Gursky JM, Privitera M. *Curr Opin Neurol.* 2019 Apr;32(2):227-236.

Living with epilepsy in adolescence-A qualitative study of young people's experiences in Singapore: Peer socialization, autonomy, and self-esteem. Chew J, Carpenter J, Haase AM. *Child Care Health Dev.* 2019 Mar;45(2):241-250

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0553

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0731

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JORGE ARTAL ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA FERNANDEZ LORENA
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA
POVEDA SERRANO PILAR
SERRA PUYAL BEATRIZ
SERRANO PONZ MARTA
MARTA MORENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En base a la creación del protocolo de utilización de la TAC de Jaca en el Código Ictus de Aragón se han realizado varias acciones para su elaboración y aceptación por los distintos servicios implicados.

Reuniones:

- 1.- Neurología Hospital San Jorge - Coordinadores del Código Ictus Aragón: Marzo 2019 exposición del problema, nuevo escenario y recursos disponibles. De la reunión salieron las directrices iniciales para la realización del protocolo.
- 2.- Neurología del Hospital San Jorge: Abril-Mayo 2019: Creación del nuevo protocolo y planificación de las reuniones a realizar con los servicios implicados.
- 3.- Neurología Hospital San Jorge- Radiología Hospital San Jorge: Junio 2019 Discusión del protocolo y cambios a realizar por logística del servicio de radiología.
- 4.-Neurología Hospital San Jorge- Urgencias Hospital San Jorge: Junio 2019 Exposición del protocolo consensuado con radiología y nuevos cambios a realizar por necesidades del Servicio de Urgencias.
- 5.-Neurología Hospital San Jorge- 061 Aragón (no presencial) : Septiembre 2019 Exposición del protocolo con los cambios efectuados, cambios a realizar por logística de los servicios de 061 Aragón (modo de traslado, modo de activación...)
- 6.- Neurología Hospital San Jorge - Radiología Hospital San Jorge- Servicio de Urgencias Hospital san Jorge- servicio de Urgencias de Hospital de Jaca. Octubre de 2019. Últimas anotaciones y aceptación del protocolo.
- 7.- Neurología Hospital San Jorge inicia la fase dar a conocer el protocolo a los miembros implicados.
- 8.-Exposición del protocolo inicial al Plan de Atención al Ictus Aragón con aceptación. Noviembre 2019
- 9.- Exposición del protocolo a los miembros del Servicio de Urgencias de Jaca. Noviembre 2019
- 10.- Exposición del protocolo a los miembros que realizan guardias de Neurovascular a nivel regional Noviembre de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal indicador fue la realización del protocolo con la aceptación por parte del PAIA (Plan de Atención al Ictus Aragón). Este protocolo afecta principalmente a los Servicios de Neurología de todo Aragón, Radiología de Jaca, Huesca y Hospital Universitario Miguel Servet, 061 de Aragón, Servicios de Urgencias de Jaca, Huesca y HUMS, Neuroradiología intervencionista y miembros del PAIA .

A nivel de usuario afecta fundamentalmente a la población del Sector Sanitario de Huesca y Jaca permitiendo una asistencia de Calidad, siguiendo principios de equidad, eficiencia y seguridad.

El protocolo se ha estado manejando desde la segunda mitad de 2019, en una primera fase hemos recogido los pacientes que han requerido traslado, identificando los problemas generados como medición para su modificación antes de ser expuesto en la página de nuestro centro.

Con respecto a los indicadores sólo se han recogido esta segunda mitad del año que es cuando empieza a utilizarse la base del protocolo . Como fuente utilizamos la base de datos de ictus del HUMS y la HCE.

Utilizamos:

- 1.-Nº de traslados realizados de Jaca a Zaragoza (pacientes con ictus atendidos en Jaca que cumplen los criterios para derivación a Zaragoza): 5
- 2.-Nº de angioTAC cerebral realizados en el HUMS con respecto a los pacientes trasladados desde Jaca (pacientes con ictus que son derivados a Zaragoza y en los que realmente se requiere la realización de angioTAC/ TAC multimodal cerebral, por lo tanto derivaciones correctas) : 5/5 (100%)
- 3.-Nº de traslados evitados a Zaragoza (Jaca-Huesca) (pacientes con ictus atendidos en Jaca y que no cumplen criterios para realización de angioTAC/TAC multimodal urgente): 2
- 4.-Nº de trombectomías realizadas con traslado directo desde Jaca (nº de pacientes trasladados que tras la realización de angioTAC se realiza trombectomía) : 1/5
- 5.- Nº de derivaciones a Área de ictus de Huesca una vez se ha descartado realización de trombectomía mecánica: 4/4 (100%)

Recordar que se ha modificado el protocolo en virtud de los problemas que se han ido detectando en estos casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0731

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo ha sido modificado en varias ocasiones por la gran cantidad de servicios implicados, lo que ha requerido gran número de reuniones como hemos expuesto previamente.
Este primer año sólo ha permitido recoger datos de la segunda mitad del año y se han hecho modificaciones del protocolo posteriormente por lo que los datos a analizar serán los obtenidos en el año 2020.
Queda pendiente el envío al portal del Hospital San Jorge (pendiente de aprobar última corrección por 061).
El protocolo será reevaluado periódicamente según los resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/731 ===== ***

Nº de registro: 0731

Título
OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACION AL SISTEMA DE CODIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON

Autores:
ARTAL ROY JORGE, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, GARCIA FERNANDEZ LORENA, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, POVEDA SERRANO PILAR, SERRA PUYAL BEATRIZ, MARTA MORENO JAVIER, SERRANO PONZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), fue aprobado en 2009, con el objetivo de mejorar la asistencia al ictus con criterios de seguridad, eficacia, eficiencia y equidad. Se viene desarrollando desde entonces en toda la Comunidad y ha mejorado la asistencia al ictus de una forma considerable, estableciendo unos estándares de atención, pruebas a realizar, etc.

Uno de los apartados que ha cobrado mayor relevancia en los últimos años es el tratamiento en la fase aguda del ictus a través de fibrinólisis intravenosa, trombectomía mecánica o ambas para lo cual los pacientes deben cumplir una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Con el fin de mejorar esta selección de pacientes, asegurar la equidad en nuestro territorio y una correcta praxis se implantaron las guardias de neurovascular realizadas por neurólogos con formación especial en esta patología y que actualmente están localizadas en el HUMS único centro de Aragón en donde se realiza tratamiento neurointervencionista en esta patología.

El Neurólogo vascular tiene la función de gestor del caso. El sistema informático "Teleictus" permite conectarse con el centro donde se encuentra el paciente que ha motivado el código ictus obteniendo toda la información para la correcta valoración del caso.

Uno de los requisitos más relevantes a la hora de valorar el tratamiento en la fase aguda del ictus se obtiene a través de la prueba de imagen que permitirá eliminar riesgos para la aplicación del tratamiento fibrinolítico (TAC y TAC de perfusión) y señalará la presencia de trombo proximal en el polígono de Willis (angio TAC), situación que requerirá tratamiento mediante trombectomía mecánica por lo que el paciente deberá ser trasladado al centro de referencia para intervencionismo.

Hasta este año la valoración de pacientes con activación de Código Ictus en la provincia de Huesca se realizaba en el Hospital San Jorge de Huesca y el Hospital de Barbastro ya que era los únicos centros dotados de TAC ce para la valoración en la fase aguda del ictus.

Desde este año, con la dotación de TAC en el Hospital de Jaca se abre un nuevo escenario que requiere una reingeniería del Proceso Ictus Aragón en la fase aguda del ictus para evitar traslados innecesarios y optimizar los tiempos de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es la realización de un protocolo de actuación frente a los pacientes con patología cerebral vascular en fase aguda que sean atendidos en el Hospital de Jaca o en el área salud de Jaca dando las directrices sobre la activación del código ictus, sobre cuando debe ser el paciente trasladado por el 061 al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0731

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Hospital de Jaca y cuando al Hospital San Jorge de Huesca, sobre cuando iniciar en Jaca el tratamiento con fibrinólisis intravenosa y sobre cuando derivar a los pacientes desde el Hospital de Jaca al HUMS para tratamiento endovascular.

MÉTODO

Se requerirán reuniones entre los representantes del proceso ictus del Hospital San Jorge de Huesca, Hospital de Jaca y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza para consensuar el protocolo. Una vez establecido el protocolo se realizará una reunión con el servicio de urgencias de Jaca para comunicar las pautas de actuación, así mismo se realizará una reunión con el representante del 061 para explicar el protocolo

INDICADORES

El principal indicador será la realización del protocolo que deberá ser aprobado por el PAIA. Como indicadores se recogerán número de traslados realizados (indicados y noindicados) y número de procedimientos realizados.

DURACIÓN

Se espera que el protocolo de actuación este vigente para el mes de Junio. Las reuniones para comunicar los distintos aspectos del protocolo se realizará durante los meses de Mayo y Junio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0969

1. TÍTULO

CREACIÓN DE PERFILES ANALÍTICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGÍA DE HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTAL ROY JORGE
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
TORDESILLAS LIA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El primer trabajo fue de revisión en las guías correspondientes a cada patología de la Sociedad Española de Neurología los algoritmos diagnósticos y se recogió lo que interesaba respecto a las solicitud de pruebas diagnosticas de laboratorio. Posteriormente se consensó entre los cinco miembros del Servicio de Neurología, dichos perfiles y se añadieron nuevos items que se vieron necesarios. Una vez preparados los perfiles se hicieron varias reuniones con responsables del Sº de Bioquímica y de laboratorio del Hospital san Jorge para la adjudicación de un código y su incorporaron en la solicitud electrónica de peticiones de laboratorio. El resultado de este trabajo ha sido la creación de los siguientes PES:

PES 330: Perfil Deterioro Cognitivo.

Código: 330.

Perfiles: Hemoglobina glicosilada, hemograma, lues.

Pruebas: Glucosa, urea, creatinina, acido urico, proteinas totales, colesterol total, sodio, potasio, cloro, vitamina B12, acido folico,, TSH, vitamina D, filtrado glomerular estimado.

PES 331: Perfil Polineuropatia:

Código :331.

Perfiles: Complemento, Inmunologia, proteinograma, Ac anti citoplasma neutrofilo, Hemoglobina glicosilada, hemograma, serologia VIH, brucella,hepatitis C y B, borrelia y lues.

Pruebas: glucosa, yrea, creatinina, acido urico,proteinas totales, ALT,AST,ALP,GGT, bilirrubina total, albumina, trigliceridos, ECA,LDH, ANA scren, ac antitiroideos, VSG, vitamina B 12, acido folico, TSH, vitamina D, PCR, inmunofijacion en suero, crioglobulinas, Filtrado glomerular estimado.

PES 332:Perfil ictus en paciente joven.

Código: 332.

Perfiles: Complemento, proteinograma, hemoglobina glicosilada, hemograma, serologia VIH, brucela, hepatitis B y C, borrelia y lues.

Pruebas: glucosa, urea, creatinina, acido urico, proteinas totales, calcio, fosforo, ALT, AST, GGT,colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, bilirrubina total, albumina, sodio, potasio, cloro, trigliceridos, LDH, ANA scren, Anti DNA, VSG, vitamina B12, acido folico, TSH,Vitamina D, homocisteina, PCR, inmunocomplejos circulantes, inmunofijacion en suero, crioglobulinas, T. de protrombina, actividad de protrombina, fibrinogenos derivado, anticoagulante lupico, ac anticardiolipina IgG, anti beta 2 glicoproteina, lactato en plasma, factor reumatoide, filtrado glomerular estimado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han establecido tres nuevos perfiles analíticos de nueva creación en patologías neurológicas frecuentes . Dicha creación impacta en el tiempo de consulta, siendo mas rápida su solicitud a través de este formato. Además homogeneiza las peticiones entre los distintos facultativos, facilitando las visitas de revisión de los pacientes entre compañeros al solicitar lo mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la incorporación de estos tres primeros perfiles se ha visto la utilidad de su uso, en cuanto al ahorro de tiempo y simplificación en la petición de analíticas, sobretodo en la actividad en consulta, por lo que se seguiría trabajando en esta línea con la creación de nuevos perfiles .

7. OBSERVACIONES.

Se ha difundido a otras especialidades (medicina interna, geriatría) que puedan tener interés en su uso. Así mismo se ha comunicado a otros Servicios de Neurología de otros centros (Hospital Royo Villanova, Hospital de Alcañiz, Hospital de Barbastro..) por si creen que pueda ser también de su interés.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/969 ===== ***

Nº de registro: 0969

Título
CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGIA DE HOSPITAL SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0969

1. TÍTULO

CREACIÓN DE PERFILES ANALÍTICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGÍA DE HOSPITAL SAN JORGE

Autores:

GRACIA FERNANDEZ LORENA, ARTAL ROY JORGE, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actividad en practica clínica habitual en Neurología, hay patologías de alta prevalencia que precisan de estudios analíticos muy estandarizados y consensuados por las diferentes sociedades científicas. Se propone redactar perfiles analíticos concretos para patología neurológica frecuente para optimar recursos y tiempo tanto en consulta como en hospitalizan.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de Perfiles analíticos de uso frecuente en Neurología, en diferentes patologías: Deterioro cognitivo, ictus en paciente joven etc...

MÉTODO

Durante este año realización de reuniones dentro del servicio de Neurología y con los distintos servicios de laboratorios centrales para consensuar las determinaciones pertinentes en cada perfil.

INDICADORES

Tras la instauración de los perfiles analíticos, se realizara una evaluación del numero de peticiones realizadas y las nuevas necesidades que se vayan observando.

DURACIÓN

Durante el año natural 2019, para la implantación para 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1347

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE OLALLA ALBERTI GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORDESILLAS LIA CARLOS
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
MALON MARCO AMAYA
ALBA TIERZ NURIA
URZOLA CASTRO CARMEN
ANORO CASBAS MARIA JOSE
FORTUÑO MORANTE LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 8 jornadas formativas de 60 minutos de duración cada una a lo largo de 2019. Cada sesión consta de parte teórica y práctica, así como foro debate de resolución de problemas al finalizar. La parte teórica se ha desarrollado con la presentación de un power point, la parte práctica planteando supuestos habituales de pacientes reales y por último el debate final ha servido para resolver dudas de la aplicación de los conceptos explicados.

Para facilitar la accesibilidad del personal de enfermería, las sesiones han tenido lugar con la coordinación de la Supervisora de Enfermería de la 6º planta, en la sala de espera, en horario no empleado por los familiares ni pacientes.

Recursos: se ha empleado el ordenador y cañon para sesiones del servicio.

CRONOGRAMA-PONENTE

30 de Abril 2019: "Nutrición en la fase aguda de Ictus. Test MEC-VOL"-Carmen Urzola. Supervisora de Nutrición
7 de Mayo 2019: "Tipos de Ictus: Características fundamentales e implicación en sus cuidados". Lorena Garcia. FEA Neurología
14 de Mayo 2019: "Escalas para evaluación de Ictus (NIHSS, Canadiense, etc) y la importancia de los principales cuidados en fase aguda del Ictus. Carlos Tordesillas. FEA Neurología.
21 de Mayo 2019: "Principales complicaciones y su manejo en fase aguda de Ictus y tras fibrinólisis/terapia de reperfusión". Olalla Albertí. FEA Neurología.
10 de Septiembre 2019: "Trombectomía: en qué consiste, procedimiento, cuidados especiales y principales complicaciones. Jorge Artal. FEA Neurología
8 de Octubre 2019: "Cuidados de enfermería en área de Ictus y sus implicaciones" Amaya Malon. Enfermería 6 planta.
12 de Noviembre 2019: "Movilización precoz en fase aguda de Ictus y la importancia de los cambios posturales. Nuria Alba. Fisioterapeuta servicio de Rehabilitación.
18 de Diciembre 2019: "Revisión de actuaciones durante 2019 dudas, resumen de los temas de la formación y propuestas de mejora" Olalla Albertí . FEA Neurología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha completado el programa formativo con alta participación de enfermería. Ha servido para estrechar lazos comunicativos y solución de dudas/problemas, que en el día a día son muy difíciles solucionar.

La integración multidisciplinar del grupo formativo/asistentes enriquece el trabajo diario.

La principal demanda recogida en la evaluación del proyecto es una mayor cercanía/accesibilidad por parte de los FEAs para mejorar la comunicación y ven positivo este proyecto como vehiculación de la misma.

INDICADORES (S/N):

Se han llevado a cabo las 8 sesiones: SI

Asistencia >80% plantilla enfermería dedicada a cuidados de Ictus : SI (hoja de asistencia)

Cumplimentación de hoja de asistencia en las 8 sesiones: SI

Encuesta de satisfacción realizada: SI

Cronograma cumplido: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque resulta complejo coordinar a los distintos servicios: Rehabilitación, Nutrición, Neurología y Enfermería ésta actividad crea y mantiene los lazos comunicativos y de grupo fundamentales para la aplicación conjunta de cuidados en la fase aguda de Ictus.

Este tipo de actividades de no ser programadas y bajo un programa "oficial" son muy difíciles de concluir debido al escaso tiempo para su planificación y desarrollo durante la actividad diaria.

7. OBSERVACIONES.

Por motivos organizativos fue necesario retrasar el inicio de las sesiones a Abril en lugar de iniciar en Febrero y de forma mas agrupada, para asegurar mayor impacto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1347

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1347 ===== ***

Nº de registro: 1347

Título
PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGIA CEREBROVASCULAR

Autores:
ALBERTI GONZALEZ OLALLA, TORDESILLAS LIA CARLOS, GACIA GOMARA MARIA JOSE, MALON MARCO AMAYA, ALBA TIERZ NURIA, URZOLA CASTRO CARMEN, ANORO CASBAS MARIA JOSE, FORTUÑO MORANTE LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad cerebrovascular
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cuidado en la fase aguda del Ictus en unidades de cuidados intermedios específicas (Unidades/áreas de Ictus) con protocolos reglados y personal cualificado (enfermería) ha demostrado disminuir la mortalidad en un 17% y la mortalidad o dependencia funcional en un 25%. El número de pacientes que es necesario tratar (NNT) para evitar una muerte es 33 y para evitar una dependencia de 20. Para asegurar su adecuado funcionamiento es de vital importancia mantener personal de enfermería altamente cualificado que asegure la detección y manejo de las complicaciones más frecuentes en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener un elevado índice de competencia en la atención multidisciplinar al Ictus Agudo en los profesionales implicados, con especial interés en el personal de enfermería y auxiliares sanitarios encargados de la detección de las principales complicaciones y manejo de las mismas.
Mantener una comunicación fluida transversal entre los distintos estamentos implicados en la atención al Ictus Agudo (facultativos, enfermería auxiliares, etc) y solución de posibles problemas.

MÉTODO
Se realizarán 8 jornadas formativas de 60 minutos de duración cada una a lo largo de 2019 que comprenderán parte teórica y parte práctica y de resolución de problemas.

INDICADORES
Se realizarán 8 sesiones formativas de 60 minutos de duración cada una. Se realizará encuesta de satisfacción al finalizar el curso, así como control de asistencia mediante firma de los participantes

DURACIÓN
Febrero de 2019-diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAFALLA BERNAD OLIVIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
ALVES BLANCO PAULA
BARRIO ALLER JOSE MARIA
VELA LETE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha habilitado un correo electrónico para las pacientes que se encuentren en seguimiento en la consulta de Reproducción. Dicho correo, se proporciona a las parejas, en la primera visita, junto con otra serie de informaciones útiles antes de iniciar el proceso asistencial en esta consulta. Las pacientes pueden requerir asesoramiento sobre los tratamientos que se están administrando, su propia patología, y cualquier duda que pueda surgir. Además, gracias al correo electrónico, se ha mejorado la vertiente administrativa, optimizando los tiempos para citar a las pacientes, que en esta consulta son variables, en función del ciclo menstrual o del éxito o no de los tratamientos. Las pacientes son vistas en un plazo de uno a cuatro días desde que nos remiten su mail, para poder iniciar las diversas técnicas de reproducción asistida o realizar la prueba diagnóstica que se requiera en un momento preciso del ciclo ovárico.

Se ha formado en fundamentos básicos de reproducción a una matrona que pudiera orientar a las parejas en seguimiento en nuestra consulta sobre los estudios y pruebas a los que van a ser sometidos, hábitos de vida saludable, y las distintas técnicas de reproducción asistida que se pueden llevar a cabo, tanto en nuestro centro, como si requieren la canalización a otro servicio, y sobre los distintos tratamientos que se precisan. La idea inicial era que existiera una consulta presencial de matrona, para que los pacientes pudieran disponer de la posibilidad de obtener una información profesional, fiable, pausada, empática, que ayudara a mejorar la satisfacción de los usuarios, y sobre todo el bienestar físico y psicológico de las parejas con problemas de esterilidad. La consulta de enfermería especializada presencial no ha llegado a existir dentro de la programación de planning oficial, ni se ha conseguido que se destinara una matrona exclusiva para esta dedicación. Las parejas han sido asesoradas en la forma que se pretendía, pero gracias a la buena voluntad del personal sanitario, que a pesar de tener otras ocupaciones asistenciales, han hecho hueco para prestar dicho servicio también a estas pacientes.

Se remitió vía electrónica a todas las pacientes que habían utilizado en algún momento el correo electrónico del servicio una encuesta de satisfacción, en la que se les preguntaba sobre la accesibilidad al servicio, estado de las instalaciones, las relaciones interpersonales, y la satisfacción general con el servicio prestado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La disponibilidad del correo electrónico ha sido una herramienta útil que ha permitido mejorar la asistencia a nuestros pacientes, proporcionando un nivel de satisfacción mayor, que antes de su utilización. En total se han recibido 800 correos electrónicos en un año, que pertenecían a 80 parejas diferentes en seguimiento en nuestra consulta.

Se remitió a las usuarias de la consulta electrónica una encuesta preguntándoles por la accesibilidad al servicio, el estado de las instalaciones, las relaciones que se establecían con el personal sanitario y la satisfacción general. Un 62% de las pacientes clasifican la asistencia como muy satisfactoria, y un 31% de satisfactoria. Superando así el indicador establecido al inicio del proyecto en el que se esperaba un grado de satisfacción por encima del 75%.

Se realizaron un total de 207 consultas por parte del ginecólogo y 130 visitas presenciales con la matrona formada en Esterilidad, lo que supone una labor asistencial por parte de la enfermería especializada del 36,41% en la atención multidisciplinar de estas pacientes.

No se pudo registrar el tiempo de espera hasta la primera consulta con enfermería especializada, desde la primera visita por parte del ginecólogo, al no existir finalmente dicha consulta presencial programada en planning oficial. La asistencia a las pacientes para información se realizaba siempre que fuera posible, el mismo día de la consulta ginecológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La disponibilidad de correo electrónico para consulta de las pacientes, resulta una herramienta muy útil, que mejora la satisfacción de las mismas respecto a su asistencia. Además permite citar de forma precoz a estas pacientes para iniciar distintas técnicas de reproducción asistida, o realizar pruebas diagnósticas en función del ciclo menstrual.

Existe posibilidad de mejora, si se dispusiera del personal suficiente para poder realizar una consulta de enfermería especializada presencial, de forma programada, que permitiera a las pacientes disponer del tiempo suficiente para poder orientar a estas pacientes y darles el apoyo que precisan dentro del seguimiento clínico habitual.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

*** ===== Resumen del proyecto 2016/42 ===== ***

Nº de registro: 0042

Título
CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

Autores:
RUIZ CAMPO LEYRE, LAFALLA BERNAD OLIVIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, ALVES BLANCO PAULA, BARRIO ALLER JOSE MARIA, VELA LETE ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Consulta de Reproducción en la Sanidad Pública se encarga de realizar el estudio completo de la pareja con deseo genésico y de algunas técnicas de reproducción asistida en función del tipo de Hospital y su cartera de servicios. El contenido de esta consulta es muy amplio y se ha detectado una carencia en la dedicación que se puede ofrecer a los pacientes desde la actividad programada diaria. En la Consulta de Esterilidad se realizan múltiples tareas, tales como explicar fundamentos básicos de la reproducción, dar consejo preconceptico, asesorar sobre hábitos de vida, desarrollar técnicas de reproducción asistida, instruir en la autoadministración por parte del paciente de distintos fármacos y además, y de forma fundamental, aportar apoyo emocional.

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Jorge de Huesca se realiza el estudio completo de la pareja con deseo genésico y diversas técnicas de reproducción: estímulos de la ovulación, coitos dirigidos e inseminaciones artificiales con semen conyugal (IAC). Cada ciclo de tratamiento depende de la menstruación de la mujer, requiere varios controles ecográficos y además, en el caso de las IAC, se citan otro día para la inseminación. Es aquí donde surge un problema organizativo, ya que no se disponen tantos días de consulta médica como sería necesario, por lo que se necesita otra estructura de apoyo para llevar a cabo toda la labor propia de esta Consulta.

La propuesta de creación de una consulta presencial y electrónica de enfermería para la atención especializada en reproducción podría cubrir parte de estas deficiencias.

RESULTADOS ESPERADOS
El resultado principal que esperamos conseguir es que los pacientes de la Consulta de Reproducción tengan la posibilidad de obtener una información profesional, fiable, pausada, completa, interactiva y cercana sobre su patología, sobre los tratamientos y otras dudas que puedan surgirles.

Otro de los objetivos a lograr mediante el apoyo de una enfermera especializada es instruir a los pacientes en el uso de fármacos indicados para las técnicas de reproducción asistida, para que se sientan seguros utilizándolos y puedan hacerlo en su domicilio de forma autónoma.

Además puede servir como otro punto de apoyo emocional y asesoramientos a las parejas.

Finalmente también tendrá una vertiente administrativa, ya que se dispondrá de una consulta electrónica que se atenderá todos los días y, además de resolver dudas sobre los temas anteriormente expuestos, se citará a las pacientes en función de su regla o si precisan ser visitadas por otro motivo en la Consulta.

MÉTODO
Crear y desarrollar una consulta de enfermería especializada en reproducción, apoyada por el equipo médico ginecológico, con dos vertientes, una presencial y otra electrónica:

- Consulta presencial:
- o 1ª visita: proporcionar fundamentos de la reproducción, hábitos de vida, consejo preconceptico etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

- o 2ª visita: tras el diagnóstico y a la vista de los resultados del estudio de fertilidad de la pareja, completar la información sobre las técnicas de reproducción asistida ofrecidas.
- o 3ª visita: instrucciones para el uso de fármacos.
- Consulta electrónica:
- o Resolución de dudas.
- o Contacto administrativo directo.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes que acuden a la primera consulta enfermería de reproducción y posteriormente siguen tratamientos en nuestro Servicio.
2. Número de pacientes que han requerido contacto por mail en un año.
3. Días de espera para la primera consulta ordinaria con enfermería.
4. Equivalentes de tiempo completo de personal de enfermería dedicado a la consulta monográfica de enfermería.
5. Grado de satisfacción de las parejas con la atención recibida.

DURACIÓN

Presentación de la Consulta de Enfermería Especializada en Reproducción en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento del nuevo protocolo a los 3 meses para valorar posibles mejoras. Al finalizar un año de consulta, presentar datos, índices de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

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 - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE OLIVIA LAFALLA BERNAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OBON CASTEL BEATRIZ
PEREZ RUIZ JAVIER
ABAD RUBIO CRISTINA
ZABAU FERMOSELLE JARA
MORENO PEREZ RAQUEL
ESTEBAN ESCAÑO LUIS MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un modelo ajustado de cálculo de percentil de peso fetal intraútero y de estimación de peso previsto al nacimiento, en base a la población de recién nacidos del Hospital San Jorge de Huesca, tomando de forma retrospectiva los datos de nacimientos en el hospital de 2015 y 2016.

Se ha implementado una aplicación web que determina las tablas y curvas de crecimiento individual, proporcionando el peso estimado al parto y el percentil de crecimiento en cada edad gestacional:

<https://appgrowthcharts.shinyapps.io/SanJorge/>

Se consiguió la autorización para su empleo de la Jefatura de Servicio y la activación por parte del Servicio de Informática, y una vez con esta herramienta, hemos individualizado el seguimiento del crecimiento fetal a través de las distintas ecografías que se practican a las gestante en función de la evolución de la gestación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado (PFE) intraútero utilizando el modelo creado:

- El cálculo de PFE se ha realizado en el 100% de las pacientes que han acudido a la ecografía del tercer trimestre (687 mujeres) y también en aquellas que ha habido que repetir las ecografías por alteraciones del crecimiento o patología materna o fetal (123 ecografías más).

Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el PFE intraútero utilizando el modelo creado y presentan una feto pequeño para la edad gestacional, un feto con una restricción de crecimiento intraútero o un macrosoma:

- El porcentaje de pequeños para la edad gestacional o fetos con restricción de crecimiento fetal intraútero es del 10% y el de macrosomas del 3%.

Comparación entre el percentil que asignaría la tabla de referencia utilizada previamente y el percentil ajustado según las características de los padres, de la gestación y del feto:

- En la realización del modelo predictivo para elaborar la calculadora de pesos fetales, se ha objetivado que los percentiles usados anteriormente sobrevaloraban el percentil de peso fetal, debido a que la población de recién nacidos oscenses parece tener un peso algo superior a la media nacional.

Tasa de éxito en la predicción, tanto en el cálculo de percentil como en el peso fetal estimado al nacimiento:

- La estimación de PFE se ha logrado con una elevada tasa de éxito con un margen de error al nacimiento de $\pm 200g$.

Registro de complicaciones debidas al peso fetal:

- Pendiente de completar su realización con los datos del 2016 y 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión es que estamos muy satisfechos con la creación de esta aplicación ya que nos ayuda a cumplir el objetivo fundamental que es clasificar bien a los fetos, diferenciar los pequeños para la edad gestacional con los retrasos de crecimiento patológicos, así como los fetos macrosómicos, para poder identificar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial. Se han generado curvas de crecimiento personalizadas a las características de cada gestación, permitiendo una estimación más ajustada de los percentiles de crecimiento desde la semana 19 a 42 de gestación, y que se pueden usar fácilmente desde la aplicación online.

7. OBSERVACIONES.

En ocasiones nos encontramos con la limitación de la conexión informática, de manera que tenemos impresas las tablas de percentiles, para que los días que no funciona correctamente, ninguna paciente se quede sin una estimación de peso ajustada a nuestra población, aunque en estos casos, no se puede "customizar el peso" de acuerdo con las características paternas y del embarazo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/47 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Nº de registro: 0047

Título
CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Autores:
LAFALLA BERNAD OLIVIA, VICENTE LOPEZ BEATRIZ, OBON CASTEL BEATRIZ, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, ABAD RUBIO CRISTINA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, SAVIRON CORNUDELLA RICARDO, ESTEBAN ESCAÑO LUIS MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

El retraso de crecimiento intraútero es la 1ª causa de mortalidad fetal intraútero y de 1/5 de las muertes perinatales. También, 1/5 de los recién nacidos prematuros, por debajo de las 34 semanas, presentan restricción de crecimiento. Casi el 50% de los fetos con retraso de crecimiento presentan alguna complicación perinatal y mayor riesgo de daño neurológico y muerte súbita del lactante. En la vida adulta tienen más riesgo de padecer HTA crónica, DM tipo II, enfermedad cardiovascular o accidentes cerebro-vasculares.

Por contra, los fetos macrosómicos asocian una mayor incidencia de cesárea, y en el parto vaginal un aumento de desgarros en el canal del parto. También se describen un mayor número de hemorragias maternas y de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia. La mortalidad en el feto macrosómico es mas elevada y existe un mayor riesgo de traumatismos obstétricos, principalmente la distocia de hombros y la lesión del plexo braquial. A largo plazo la macrosomía fetal se vincula con un mayor riesgo de desarrollar DM tipo 2, obesidad y síndrome metabólico.

Por lo tanto es muy importante conocer el peso fetal estimado intraútero, el percentil de crecimiento y la previsión de peso al nacimiento de cara a tomar decisiones en el seguimiento del embarazo y a la hora de finalizar la gestación garantizando el bienestar fetal y materno. La posibilidad de asignar un percentil a una estimación de peso actualmente puede hacerse bien utilizando unas tablas de pesos de recién nacidos varones y mujeres en las diferentes edades gestacionales (muchos de ellos con patología de base, ya que todos los nacidos prematuros probablemente no tendrían un desencadenamiento del parto fisiológico) o bien con un modelo que calcule el percentil en base a los nacidos en esa población con curvas de crecimiento de referencia adecuadas y personalizadas a las características de la gestante. Este modelo integra varias variables de los padres y de la gestación para individualizar el resultado del feto.

Las características del proyecto se enmarcan dentro de la medicina personalizada puesto que el cálculo de percentiles se realiza de modo individualizado para las características de la gestante. Para que los cálculos sean accesibles se generará una aplicación web.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental del modelo ajustado será clasificar bien a los fetos, diferenciar los pequeños para la edad gestacional con los retrasos de crecimiento patológicos, así como los fetos macrosómicos, para poder identificar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial. Para ello se generará una aplicación web capaz de generar curvas de crecimiento personalizadas a las características de cada gestación, permitiendo una estimación más ajustada de los percentiles de crecimiento desde la semana 19 a 42 de gestación.

MÉTODO

Creación de un modelo ajustado de cálculo de percentil de peso fetal intraútero y de estimación de peso previsto al nacimiento, en base a la población de recién nacidos del Hospital San Jorge de Huesca, para ello se tomarán de forma retrospectiva los datos de nacimiento en el hospital de 2015 y 2016.

Implementación de una aplicación web que determina las tablas y curvas de crecimiento individual, proporcionando el peso estimado al parto y el percentil de crecimiento en cada edad gestacional.

Una vez desarrollada esta herramienta, se individualizará el seguimiento del crecimiento fetal a través de las distintas ecografías que se practiquen a la gestante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado.
2. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado y presentan un feto pequeño para la edad gestacional, un feto con una restricción de crecimiento intraútero o un macrosoma.
3. Comparación entre el percentil que asignaría la tabla de referencia utilizada previamente y el percentil ajustado según las características de los padres, de la gestación y del feto.
4. Tasa de éxito en la predicción, tanto en el cálculo de percentil como en el peso fetal estimado al nacimiento.
5. Registro de complicaciones debidas al peso fetal.

DURACIÓN

Presentación del Modelo Ajustado y de la Aplicación en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento de la aplicación y los resultados a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al completar un año de utilización de la aplicación presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión 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 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 - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE MONICA HERNANDEZ ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE LOPEZ BEATRIZ
MORENO PEREZ RAQUEL
RUIZ CAMPO LEYRE
OBON CASTEL BEATRIZ
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
ABAD RUBIO CRISTINA
SESE PIQUER MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto fue presentado al Servicio de Ginecología del Hospital San Jorge en Noviembre de 2016, siendo bien aceptado ya que la idea se había comentado previamente. Se distribuyeron los diferentes protocolos quirúrgicos para su redacción (llamados "pre-redactados") entre los miembros del Servicio, cada uno de ellos con la supervisión de un miembro del grupo de mejora y se dio el plazo de un mes para realizarlos. Finalmente, los protocolos elaborados fueron: cesárea, legrado, histerectomía abdominal, histerectomía vaginal, conización cervical, laparoscopia diagnóstica y quirúrgica, histeroscopia diagnóstica y quirúrgica y colocación de malla TOT (son nuestras cirugías más frecuentes). Los protocolos se realizaron en formato Word, pero respetando la sistemática de la actual hoja de protocolo quirúrgico del hospital, es decir, manteniendo los mismos apartados y orden (es la misma para todas las especialidades quirúrgicas). Se dejó espacio en blanco para rellenar "Hallazgos", y "Observaciones" para anotar las posibles variaciones de la técnica quirúrgica el día de la intervención y entonces imprimirlo.

Como ampliación del proyecto, consideramos interesante unificar una parte del proyecto presentado en esta convocatoria por Raquel Moreno, pero que no fue aceptado finalmente (proyecto 2016_0046, sobre "Plantillas pre-redactadas para los informes de alta"). La ampliación consistió en realizar también unas plantillas de informes de alta pre-redactadas para los informes de alta de Cirugía CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), copia de los cuales son entregadas a las pacientes. Son cirugías muy frecuentes en nuestro Servicio, y es importante que las pacientes vayan a su domicilio con el diagnóstico y las recomendaciones a seguir por escrito y fácilmente comprensibles. El alta es dada por la tarde por el facultativo de guardia, que sin esta plantilla la mayor parte de las veces no disponía de tiempo para realizarlo adecuadamente. Se realizaron informes pre-redactados de alta de CMA de: conización cervical, histeroscopia, ligadura tubárica por laparoscopia y legrado.

Una vez elaborados todos los formatos pre-redactados (se alargó aproximadamente un mes más del tiempo inicialmente previsto, al ampliarse el número de plantillas), se presentaron en Sesión Clínica del Servicio de Ginecología, opinando todos los profesionales y realizando algún cambio por tanto. Se intentó actualizar al máximo la descripción de las técnicas quirúrgicas.

Como dificultad, hubo que adaptar el formato Word también al programa de textos del hospital, para que pudiera abrirse en cualquier ordenador. Se contactó con el Servicio de Informática para que incluyera los pre-redactados en la carpeta de Documentos Compartidos de los profesionales de Ginecología del hospital.

Posteriormente, los formatos se presentaron en la Comisión de Historias Clínicas, estando aún pendientes de aprobación. Debido a esta demora, que persiste en la actualidad, comenzamos a utilizarlos en Abril de este año, adjuntando el pre-redactado a la hoja de protocolo quirúrgico, que es la aprobada hasta la fecha. En cuanto a los informes de alta pre-redactados de CMA, sí que se utilizan desde Abril, porque la sistemática es similar a la que se realizaba anteriormente, mejorando la calidad del informe.

Finalmente, este mes de Diciembre, se han presentado los resultados en el Servicio y han sido considerados satisfactorios por todos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El facultativo que pasa planta al día siguiente de la intervención revisa que se haya usado el pre-redactado en las pacientes quirúrgicas y lo anota en un registro creado al efecto (tabla Excel en el ordenador de la planta y las consultas), junto al tipo de intervención. Tras la revisión de los datos registrados, concluimos que el porcentaje de protocolos pre-redactados realizados sobre el total de cirugías es del 75% (desde Abril a Diciembre de 2017), cumpliendo con el objetivo marcado del 75-80%. Además, debemos tener en cuenta que dicho porcentaje ha ido en aumento conforme nos hemos familiarizado a su uso: es del 85% desde Septiembre de 2017 hasta la fecha y creemos que seguirá aumentando. En cuanto a las causas de no utilizar las plantillas, lo que han apuntado los facultativos como más frecuente son los problemas informáticos o la dificultad de acceso a un ordenador cercano. En cuanto a los informes de CMA, se realizó también un registro similar, rellenado por el facultativo que lo elabora y entrega a la paciente. En este caso, el porcentaje de informes pre-redactados utilizados frente al total de cirugías CMA es el 95%, muy elevado. Además, en la revisión al mes de la paciente en consulta se le pregunta por la satisfacción sobre el informe recibido (opciones Sí/No) y el porcentaje satisfactorio es del 85% (también lo consideramos un buen resultado, el objetivo esperado era > 80%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado gran ahorro de tiempo y mejora de la comprensión por parte de otros profesionales, así como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

una mayor precisión en la descripción de los procedimientos.
Hay que tener en cuenta también que estos protocolos quirúrgicos son para la Historia Clínica "a papel", ya que cuando es dada de alta, la paciente tiene su informe de alta con el procedimiento realizado (éste sí incluido en la Historia Clínica Electrónica), aunque pensamos que en un futuro sería conveniente incluirlo todo en la Historia Electrónica.
Cuando el formato del protocolo quirúrgico sea aprobado por la Comisión de Historias Clínicas, ya no será necesario adjuntarlo a la "Hoja de Protocolo Quirúrgico" actual.
La parte de informes de alta de cirugía CMA ha tenido una gran aceptación, tanto por parte de los profesionales como de las pacientes, ya que es un informe más completo que los que teníamos previamente y se comprende mejor. Como asunto pendiente, los informes de alta de CMA están a la espera de ser incluidos en la Historia Clínica Electrónica, ya que a fecha de hoy los informes de CMA no quedan registrados más que a papel y creemos que es algo que debemos corregir.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto fue presentado por Beatriz Vicente López, que actualmente no trabaja en el Hospital San Jorge de Huesca, por lo que delegó en mí la finalización del proyecto como responsable.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/92 ===== ***

Nº de registro: 0092

Título
CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
VICENTE LOPEZ BEATRIZ, MORENO PEREZ RAQUEL, HERNANDEZ ARAGON MONICA, ABAD RUBIO CRISTINA, GREGORIO MAYORAL ESTHER, SESE PIQUER MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA
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 redacción correcta de los protocolos quirúrgicos es fundamental para el buen entendimiento por parte de cualquier profesional sanitario que tenga acceso a ellos de la cirugía realizada, los pasos que se han llevado a cabo, los hallazgos encontrados, las dificultades específicas de esa paciente a las que se ha tenido que hacer frente, así como de las medidas que se han tenido que tomar para su resolución.
La importancia radica tanto en que una complicación en el postoperatorio puede ser debida a una acción llevada a cabo durante la cirugía y, además, para cirugías posteriores nos interesa conocer de forma detallada qué sucedió en las intervenciones previas.
A causa de la cada vez mayor presión asistencial que soportamos los profesionales sanitarios, y en un intento de optimización del tiempo del que disponemos, hemos venido comprobando que la redacción de los protocolos quirúrgicos tras las cirugías que se realizan tienden a ser cada vez más esquemáticos y su redacción cada vez más rápida, con los problemas que ello conlleva de falta de rigurosidad en la descripción del acto quirúrgico y falta de entendimiento por parte de otros profesionales.
Con este proyecto de mejora de calidad se pretende disponer de protocolos quirúrgicos de todas las cirugías frecuentemente realizadas en un quirófano de obstetricia y ginecología en forma de archivo digital, descritos los pasos habituales que se llevan a cabo de manera estándar.
De ese modo, el ginecólogo/a responsable de la intervención quirúrgica se encontraría ya redactado todo aquello que de rutina se realiza en dicha cirugía y podría emplear el tiempo en explicar, de forma más detallada, en el apartado de "Observaciones" las particularidades propias del acto quirúrgico a las que ha tenido que enfrentarse. Asimismo, la letra de imprenta ayudaría a la correcta comprensión del protocolo por parte de todos los profesionales sanitarios que lo requiriesen

RESULTADOS ESPERADOS

-Mayor rigurosidad en la descripción de las intervenciones quirúrgicas realizadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Optimización del tiempo del que se dispone entre intervenciones en quirófano
- Favorecer la comprensión lectora de los protocolos quirúrgicos

MÉTODO

Se pretende involucrar a todos los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología en la redacción de protocolos quirúrgicos estándar para las cirugías que de forma rutinaria se llevan a cabo en nuestro servicio: Cesárea, histerectomía abdominal simple o incluyendo anejos, histerectomía vaginal, colpoperineoplastia, conización cervical, laparoscopia diagnóstica o quirúrgica (en sus diferentes variantes), histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT.

Dichos protocolos se presentarían ante la Comisión de historias clínicas del hospital y una vez aprobado su uso, se guardarían como un archivo de formato word en una carpeta de un pc al que los miembros del servicio tuvieran fácil acceso.

Tras la realización de la cirugía pertinente, bastaría con imprimir una copia del protocolo correspondiente a la misma y rellenar de forma única el apartado referido como "Observaciones".

INDICADORES

1. El día posterior a un quirófano obstétrico-ginecológico, el ginecólogo/a responsable de la planta de hospitalización deberá revisar los protocolos quirúrgicos presentes en la historia clínica, comprobando que se trata de los documentos pre-redactados.
 2. Cálculo del porcentaje de protocolos pre-redactados sobre el total de cirugías llevadas a cabo en un periodo de tiempo determinado.
- Se pretende que dicho porcentaje esté por encima del 75-80%

DURACIÓN

Presentación del proyecto en el servicio del hospital en un mes desde la fecha. Plazo de un mes para la redacción de los protocolos quirúrgicos. Presentación de los mismos ante la comisión de historias clínicas del hospital. Tras su aprobación, comienzo de uso y primera valoración de resultados a los 3 meses. Al completar un año de utilización, presentación de datos en sesión clínica del servicio y en la comisión de calidad del hospital.

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 - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL MORENO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUSTIN OLIVA ANDREA
RUIZ CAMPO LEYRE
GOMEZ GIMENO ANGELICA
VELA LETE ANA
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL
OTAL LASPAUS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Dar opción a las pacientes a alta domiciliaria sin necesidad de ingreso hospitalario tras cirugía de colocación de malla TOT para la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Retirada de sonda vesical de forma precoz en Unidad de CMA, inmediatamente tras cirugía.
- Elaboración de informe de alta CMA que la paciente recibe el mismo día de la intervención.
- Alta precoz en 2-3 horas tras cirugía si buena recuperación postoperatoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· Reducción del tiempo de ingreso hospitalario:
Nº de procedimientos CMA e ingreso ordinario anual: 14 procedimientos incluidos en régimen CMA del total de 14 TOT realizadas en el año 2018.
· Reducción del coste derivado de hospitalización y uso eficiente de los recursos.
Nº de consultas a urgencias o ingreso tras alta en CMA o tras ingreso ordinario en 1 año: se ha registrado una visita a urgencias que no precisó ingreso ni tratamiento (duda de la paciente que se resolvió en la sala de exploración del Sº de Urgencias).
Nº de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de ser incluidas en CMA: no se han registrado ingresos.
· Mejora de la calidad asistencial y percepción de las pacientes
· Disminución del número de ITUs al disminuir el tiempo de la sonda vesical
· Implicación del paciente y su familia en los cuidados postoperatorios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La inclusión de pacientes en régimen de CMA para la colocación de mallas TOT por IUE en el Servicio de Ginecología, ha permitido disminuir el tiempo de permanencia hospitalario (ninguna paciente durante el pasado año requirió ingreso tras la intervención), consiguiéndose así los objetivos marcados al inicio de la puesta en marcha del proyecto.

Esto a su vez, a permitido la elaboración de protocolo de inclusión de las pacientes en CMA tras colocación de malla TOT (quedando excluidas aquellas pacientes que por comorbilidad precisan de ingreso previo o posterior para su mejor seguimiento, evaluación o preparación quirúrgica).

Percepción positiva por parte de la paciente y sus familiares.

7. OBSERVACIONES.
En los registros hospitalarios consta paciente de 43 años que precisó ingreso por dolor abdominal varios días tras al alta, pero se trató de un dolor de origen digestivo, quedando ingresada a cargo del Sº. de Digestivo: diverticulitis aguda.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/418 ===== ***

Nº de registro: 0418

Título
INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

(IUE)

Autores:

MORENO PEREZ RAQUEL, AGUSTIN OLIVA ANDREA, RUIZ CAMPO LEYRE, GOMEZ GIMENO ANGELICA, VELA LETE ANA, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, BONED GALAN MARIA JOSE, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La CMA se define como la atención a procesos susceptibles de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el paciente no necesita ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después del procedimiento.

La CMA surge con la finalidad de optimizar los recursos, no solo agilizando los actos quirúrgicos y racionalizando los crecientes gastos sanitarios, sino también mejorando la calidad asistencial.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra provocada por aumentos en la presión intraabdominal, que normalmente se neutraliza por el control neurológico de la resistencia uretral y la disipación de las fuerzas intraabdominales, a través del armazón fisiológico de la uretra en el interior de la pelvis.

La corrección de la IUE es un procedimiento quirúrgico frecuente y que ha simplificado su realización de tal manera, que un alto porcentaje de pacientes son candidatas a ser incluidas en un programa de CMA ya que la técnica quirúrgica cumple todos los criterios de inclusión recomendados. Asimismo, el hecho de que pueda ser realizada con anestesia intradural o sedación, implica que tampoco sea necesario ser muy selectivos en lo que al riesgo quirúrgico y anestésico se refiere, lo que la convierte en un procedimiento idóneo en pacientes añosas donde el riesgo anestésico suele ser elevado.

La TOT (tension free trans obturator tape) consiste en colocar una malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de víscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga.

En la actualidad, en nuestro Servicio, la colocación de la malla TOT se realiza mediante cirugía con ingreso hospitalario, que frecuentemente es de 2 días de duración (1º día de ingreso y cirugía, y 2º día de retirada de sonda vesical permanente y alta).

En la actualidad proponemos una retirada precoz de la sonda vesical tras la intervención en la misma Unidad de CMA, siendo posible el alta precoz a las pocas horas si la paciente orina con normalidad tras la retirada de la misma y si no se presentan otras complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducción del tiempo de hospitalización.
- Reducción del coste derivado de la hospitalización.
- Uso eficiente de recursos sanitarios.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Reducción de la morbilidad asociada del ingreso (infecciones por mantenimiento de la sonda vesical, etc)
- Mejora de la percepción asistencial por parte del paciente y a familia.
- Minimización del impacto sobre el paciente y su entorno que supone el ingreso hospitalario.
- Promoción de una atención más humanizada.
- Implicación del paciente y su familia en los cuidados post operatorios, favoreciendo la educación para la salud y la enseñanza del manejo de la patología.
- Mejora de la UCMA, con inclusión progresiva de distintos procedimientos, que favorece el crecimiento profesional del equipo que la forma.

MÉTODO

Creación de protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de colocación de malla TOT para la IUE en CMA: criterios de inclusión y exclusión.

Creación de protocolo de manejo del paciente desde su salida de quirófano y hasta ser dado de alta, dentro de la Unidad de CMA, por parte del personal de enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

Realización de informes de alta en la Unidad de CMA que el paciente recibirá antes de abandonar la Unidad con las instrucciones y recomendaciones dadas al alta, que a su vez permite poner en conocimiento del Médico de Atención primaria el proceso realizado, evitando informes de alta enviados por correo ordinario.

En cuanto a recursos sanitarios, ya disponemos de una Unidad de CMA y un equipo, que funciona correctamente en la actualidad, sin que la inclusión de la TOT en UCMA pueda suponerla necesidad de más personal o espacio físico para un correcto funcionamiento.

INDICADORES

Número de procedimientos llevados a cabo mediante CMA e ingreso ordinario en un año (datos obtenidos en lista de espera quirúrgica según inclusión).

Número de consultas en urgencias o ingresos tras el alta desde CMA o ingresos ordinarios en un año (datos obtenidos desde registro urgencias/ingresos en planta de ginecología).

Número de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de estar programados como pacientes de CMA en un año (datos obtenidos de ingresos en planta de ginecología).

DURACIÓN

Previsto iniciar a lo largo de 2018, incluyendo el procedimiento TOT en UCMA a partir de las pacientes ya incluidas en lista de espera quirúrgica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0447

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO PEREZ RAQUEL
HERNANDEZ ARAGON MONICA
GOMEZ GIMENO ANGELICA
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO
OTAL LOSPAUS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de plantillas de informe de alta
-Realización de informe de alta tras cada intervención incluida en el programa de CMA y entrega a los pacientes antes del alta hospitalaria. Se inició el proyecto en el plazo estipulado y se lleva a cabo hasta el momento de forma ininterrumpida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este proyecto se ha mejorado la experiencia de los pacientes, se han optimizado los recursos de la CMA y se ha facilitado la información de la cirugía a los Médicos de Atención Primaria, ya que los informes se copian en la historia electrónica y se facilitan dos copias al paciente, una de ellas para entregar en el Centro de Salud. El indicador a estudio: nº pacientes CMA con informe/nº pacientes CMA= 100%
Se realizó un informe de alta de CMA a todas las pacientes previo al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se han incluido las plantillas en los ordenadores del quirófano ni en la historia clínica electrónica junto con el resto de plantillas de informes.
Este proyecto puede continuarse en el tiempo ya que ha cumplido los objetivos y existe una mejor percepción de la CMA por parte de profesionales y pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/447 ===== ***

Nº de registro: 0447

Título
IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Autores:
AGUSTIN OLIVA ANDREA, MORENO PEREZ RAQUEL, HERNANDEZ ARAGON MONICA, GOMEZ GIMENO ANGELICA, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge de Huesca actualmente se llevan a cabo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0447

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

numerosas intervenciones a través del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). De este modo se facilita la accesibilidad y el alta precoz de los pacientes tras intervenciones de bajo riesgo quirúrgico que son candidatas a alta hospitalaria en las horas subsiguientes a la cirugía. Algunas de estas intervenciones son: conizaciones cervicales, histeroscopias quirúrgicas, oclusiones tubáricas bilaterales laparoscópicas y colocación de mallas T-O-T (se incluirá próximamente dentro de las cirugías candidatas a CMA)
En la consulta realizada previamente a la intervención, tras una revisión exhaustiva de la historia clínica, se selecciona a las pacientes candidatas a CMA. A las pocas horas de estas cirugías, una vez que las pacientes se han recuperado de la analgesia y se comprueba que existe una buena tolerancia oral, movilidad y micción normal y se han descartado complicaciones, pueden obtener el alta hospitalaria bajo instrucciones y reposo domiciliario. Hasta ahora las pacientes abandonaban el centro con instrucciones médicas y un documento en la que se recogía el tipo de cirugía realizada y las recomendaciones tras la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la incorporación de estas plantillas de informe de alta tras CMA esperamos mejorar la experiencia de nuestras pacientes y facilitar el acceso a la información sobre su intervención, tanto a la paciente como al Médico de Atención Primaria.

MÉTODO

El proyecto que planteamos incorpora plantillas para los informes de alta tras CMA de las siguientes intervenciones: conización cervical, histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT y oclusión tubárica bilateral. Tras la realización de cada intervención de CMA, los facultativos implicados en la intervención, rellenarán la plantilla de alta CMA con los datos individuales de cada paciente (antecedentes, pruebas realizadas, diagnóstico, hallazgos quirúrgicos y técnicas aplicadas) en el periodo de tiempo transcurrido hasta la siguiente intervención. En el documento se incluyen instrucciones, signos de alarma y recomendaciones que deben seguirse ambulatoriamente tras cada intervención.
Una vez transcurrido el periodo de convalecencia en el postoperatorio inmediato, habitualmente en la sala de despertar de quirófano y en la Unidad de CMA, la enfermera avisa a los facultativos de guardia para confirmar el alta de la paciente. Este facultativo, tras revisar el historial médico, explorar a la paciente y verificar que es candidata a alta hospitalaria, le entregará el informe, quedando una copia del mismo en el historial de la paciente.

INDICADORES

Número de pacientes CMA con informe de alta/ Número de pacientes CMA = 95%

DURACIÓN

Este proyecto se iniciará el 1 de Mayo de 2018 y se realizará durante 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

1. TÍTULO

AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ OBON CASTEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD RUBIO CRISTINA
MACHIN RICOL MARIA PILAR
VICENTE ITURBE MARIA
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER
ZABAU FERMOSELLE JARA
MAS FORTUÑO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración protocolo de actuación y manejo para mejorar la atención y garantizar que sea integral, humanizada y científica.
Creación de una guía de actuación que unifica la atención al duelo en la maternidad/paternidad.
Proporcionar recursos en el proceso del duelo: colaboración con psicología, contacto con asociaciones de apoyo tras el alta, consulta específica de seguimiento.
Implementación de Check list del estudio de muerte fetal anteparto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el Hospital San Jorge en el año 2018 se han producido tres óbitos fetales, en los cuales se aplicó el protocolo descrito anteriormente, y que ha permitido hacer un seguimiento individualizado, atendiendo las necesidades específicas en cada caso en particular. De este modo, se han podido detectar algunas alteraciones patológicas que han podido justificar la muerte fetal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pocas veces nos enfrentamos a estos casos, por suerte. La atención profesional requerida va más allá de la estrictamente médica. Nuestra actuación y nuestra actitud no deben empeorar la percepción del momento. Dar la noticia siendo estrictamente "profesionales" puede transmitir frialdad, se debe usar el sentido común sin olvidar la humanización y la empatía hacia los padres que acaban de sufrir la pérdida

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/450 ===== ***

Nº de registro: 0450

Título
AMPLIACION DEL ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Autores:
OBON CASTEL BEATRIZ, ABAD RUBIO CRISTINA, VICENTE ITURBE MARIA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, ZABAU FERMOSELLE JARA, MAS FORTUÑO JOSE MARIA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el momento actual es estudio que se realiza del feto muerto intrauterino esta limitado a un estudio basico anatomopatologico.
Consideramos que en este momento se puede ampliar el estudio para investigar mas causas posibles y ayudar a las familias, con esta nueva informacion, a sobrellevar el duelo mejor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

1. TÍTULO

AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliar el estudio de posibles causas de muerte fetal anteparto.
Crear via clinica para facilitar el manejo y resultados del estudio ante este diagnostico.

MÉTODO

Contactar con el servicio de Genetica del Hopital Miguel Servet de Zaragoza (HMSZ) para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Contactar con el servicio de Microbiologia del Hopital San Jorge de Huesca para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Creacion de infome postmorten para la familia donde se recoja toda la información obtenida en el estudio.
Facilitar a las familias asesoramiento de cara a futuras gestaciones.

INDICADORES

Intentar descubrir, al menos, el 50% de las causas de la mortalidad en este grupo.
Entrega de informe de resultados al 100% de las familias.
Citar en consulta de asesoramiento posterior al 100% de las familias.

DURACIÓN

Contactar con los servicios anteriormente citados en el segundo trimestre del presente año.
Posteriormente elaboracion de la via clinica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTÉTRICO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE ITURBE MARIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER
VELA LETE ANA
CORTIZO GARRIDO SANDRA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como se indicó en la memoria de seguimiento a todas las pacientes en la primera visita de embarazo del hospital, se les realiza el screening de riesgo de preeclampsia mediante una adecuada anamnesis y los resultados de la exploración del primer trimestre realizado en la consulta.

Según los criterios de la guía NICE, clasificamos a las pacientes en alto y moderado riesgo de preeclampsia:

- Alto riesgo: antecedente de preeclampsia en gestaciones previas o presencia de enfermedades previas (DM pregestacional, HTA, enfermedad renal, enfermedad autoinmune o lupus, SAF)

- Riesgo moderado: en función de la paridad, edad materna (>40 años), IMC >30, intervalo intergenésico >10 años, gestación múltiple, antecedentes familiares de preeclampsia y alteraciones en la medición de IPmAut.

En estas pacientes se instaura tratamiento profiláctico la administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (en nuestro centro administramos 100 mg/día) que en teoría puede evitar aproximadamente un 10% de los casos de PE, siempre que se comience a administrar durante la primera mitad del embarazo (antes de las 16 semanas) y en gestantes de riesgo alto.

Todas las embarazadas que inician tratamiento profiláctico están incluidas en nuestro protocolo de estudio y es en las que tendríamos que determinar en la semana 24 el cociente sFlt-1/PlGF. La determinación de biomarcador permite ayudar en el diagnóstico y predicción de preeclampsia.

La determinación de este cociente no se ha podido realizar en nuestro centro ni en el laboratorio del hospital de referencia. Aunque se han remitido ciertas muestras desde el hospital de referencia a otros laboratorios para su estimación, el tiempo de espera entre la extracción de la muestra y el resultado del cociente se demoraba unos días, con lo cual la utilidad de obtener un valor determinado que ayudara a mejorar la toma de decisiones en las gestaciones de riesgo, o derivar pacientes a centros de III nivel con diagnóstico precoz de patología, o tener una herramienta para diagnóstico diferencial en casos dudosos o atípicos, no se encontraba, por lo que se dejaron de mandar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se atendieron un total de 609 pacientes. De ellas 53 casos se incluyeron en el estudio y se administró tratamiento profiláctico con AAS 100 desde el primer trimestre de la gestación por riesgo de preeclampsia moderado/grave. Esto supone un 8% de la población gestacional, un poco más alto de la proporción esperada al inicio del proyecto.

Se registraron 5 casos de preeclampsia que finalizaron la gestación en el HSJ. De ellos 3 casos se encontraban con tratamiento profiláctico desde el primer trimestre de la gestación, y otros 2 eran pacientes sin factores de riesgo al inicio del embarazo.

Se remitieron a Hospital de III nivel de referencia 9 casos con diagnóstico de preeclampsia grave o asociada a otras condiciones materno-fetales que requerían manejo allí. De esos 9 casos 6 se encontraban en el estudio con tratamiento asociado y 3 no.

Los datos de nuestra muestra concuerdan con los hallazgos en la bibliografía en los que se estima que la prevalencia de preeclampsia es aproximadamente un 2% (en nuestras pacientes 2,2%)

9 de los casos con diagnóstico de preeclampsia eran pacientes que al inicio de gestación presentaban riesgo moderado-severo para su padecimiento y en las que se instauró el tratamiento, y en las otras 5 en las que no se instauró la profilaxis y finalmente desarrollaron esta patología se revisó de nuevo la historia clínica y en 4 de los casos no se cumplían los criterios, pero en 1 de ellos si que se debería haber iniciado dicho tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización del proyecto hay que recalcar la importancia de realizar una adecuada anamnesis en el primer trimestre y en sucesivas visitas gestacionales, para estimar el riesgo individual de las embarazadas a preeclampsia y poder instaurar tratamiento profiláctico que permita disminuir la morbimortalidad materno-fetal en aquellas gestaciones de riesgo. Es fundamental para poder implantar posteriormente los biomarcadores que sepamos realizar una correcta identificación de gestantes en las que los aplicaremos, ya que debido al coste que suponen, no es factible hoy por hoy determinarlos en la población general.

Queda pendiente poder instaurar la determinación del cociente sFlt-1/PlGF en nuestro laboratorio o en el de referencia que permita obtener el resultado de forma rápida y sin demora de días para poder ayudar en la toma de decisiones o predecir la evolución o el desarrollo de un preeclampsia en los días sucesivos. Este biomarcador permite obtener una prueba reproducible y objetiva que es fácil de obtener cuando se dispone del kit para su estimación, que presenta una elevada especificidad para predecir complicaciones en las pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

y que requiere menos experiencia para su interpretación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/595 ===== ***

Nº de registro: 0595

Título
PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

Autores:
RUIZ CAMPO LEYRE, VICENTE ITURBE MARIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, VELA LETE ANA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preeclampsia (PE) que afecta al 2% de los embarazos, es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las distintas sociedades científicas recomiendan que en la primera visita de control prenatal se calcule el nivel de riesgo para PE, a través de las características maternas (edad, índice de masa corporal (IMC), historia previa e historia familiar). El objetivo de realizar esta identificación precoz de pacientes con riesgo elevado es realizar una supervisión intensiva tanto materna como fetal, que permita establecer un diagnóstico más temprano de PE, y mitigar los posibles resultados adversos que se derivan de la misma.
Hoy en día se sabe que esta patología se asocia al 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación. A nivel perinatal, esta enfermedad representa el 20-25% de toda la mortalidad perinatal, principalmente secundaria a la finalización iatrogénica del embarazo de forma prematura.
En esta enfermedad se produce un fallo en la implantación placentaria con una disfunción subsiguiente, que provoca una expresión alterada de los factores angiogénicos y antiangiogénicos, como el factor de crecimiento placentario (PlGF) y la forma soluble de la tirosina quinasa-1 (sFlt-1). Los niveles del primero se ven reducidos y los del segundo se encuentran muy aumentados. Se han desarrollado test automatizados para la medición rápida y sencilla de estos marcadores.
Resultado especialmente útil como ayuda al diagnóstico y predicción de la preeclampsia calcularlo en forma de cociente (sFlt-1/PlGF). Se ha tomado como punto de corte el valor de sFlt-1/PlGF de 85 que permite diagnosticar la preeclampsia temprana con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 97%.
La optimización de la actitud médica ante la PE resulta ser hasta el momento el único factor pronóstico modificable de la PE y basándonos en la evidencia científica y las guías de actuación, se disminuyen sustancialmente las complicaciones maternas cuando se realiza un manejo estandarizado respecto a uno que no. Se propone introducir un protocolo de manejo para gestantes de alto riesgo de PE, basado en controles de consulta prenatal, realización de estudio Doppler de arterias uterinas e implantación del cociente sFlt-1/PlGF.

RESULTADOS ESPERADOS

- Seleccionar gestantes de alto riesgo para PE en la consulta de obstetricia y de Atención primaria lo antes posible. Se estima que supondrá un 5% de la población general de gestantes.
- Integrar marcadores angiogénicos en la práctica clínica para el correcto seguimiento de los embarazos.
- Mejorar la toma de decisiones en gestaciones de riesgo de sufrir complicaciones derivadas de la función placentaria defectuosa.
- Disminución de actuaciones iatrogénicas evitables.
- Permitir derivaciones de pacientes a centros de III nivel, con diagnóstico precoz.
- Permitir obtener una herramienta adicional para el diagnóstico diferencial de casos dudosos o atípicos.
- Uso eficiente y optimizado de recursos sanitarios.
- Mejorar los resultados maternos y perinatales de las pacientes con PE.
- Mejora de la calidad asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTÉTRICO

- Mejora de la percepción asistencial por parte de la paciente y su familia.

MÉTODO

Implantación de un protocolo de predicción, diagnóstico y valoración pronóstica de la preeclampsia en el control obstétrico.

En una primera fase se seleccionaran las gestantes de alto riesgo, que serán incluidas en este protocolo de seguimiento. Se realizará mediante una combinación de datos de la historia clínica, exploración materna y ecográficos (estudio Doppler de arterias uterinas).

En la fase de seguimiento intensivo, se realizará un empleo racional del cociente sFlt-1/PlGF y sus puntos de corte establecidos en las gestantes seleccionadas en la primera fase. La primera medición de este valor se determinará a partir de la semana 20 (momento óptimo entre la 24 y la 26) y en función de los puntos de corte establecidos se establecerá el seguimiento más adecuado.

Se comunicará el nuevo protocolo para que las matronas de atención primaria, identifiquen en la captación de embarazo a aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión del protocolo.

INDICADORES

Número de pacientes incluidas en protocolo/Número total de gestantes de nuestra consulta.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF realizadas en total.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >85 antes de la aparición clínica de síntomas.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >655 que han precisado finalizar gestación en menos de 48 horas.

Pacientes con diagnóstico de preeclampsia que no hayan sido incluidas en el estudio.

DURACIÓN

Previsto iniciar a lo largo de 2018. En cuánto se disponga del test en el laboratorio.

Mayo-Junio: elaborar documentos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0246

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MACHIN RICOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO
MORENO PEREZ RAQUEL
OBON CASTEL BEATRIZ
TAJADA CEPERO PILAR DARIA
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA
VELA LETE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto estaba previsto para iniciarse a lo largo del año 2019. Sin embargo, puesto que hacía falta una re-estructuración de las consultas de obstetricia se ha tenido que demorar. A pesar de que ya está realizado el protocolo a seguir ante las pacientes que presenten riesgo de preeclampsia en el primer trimestre, por problemas organizativos y asistenciales, no se ha podido iniciar la parte práctica del protocolo y empezará en febrero de 2020. Para poder iniciar estos cambios se han re-estructurado las consultas de obstetricia aumentando el número de primeras visitas del Hospital San Jorge, ya que además va a asumir a todas las gestantes que hasta el momento acudían al Hospital de Jaca para que todas las pacientes del área pueden beneficiarse del screening que queremos implantar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como ya he explicado, por problemas organizativos y asistenciales (durante gran parte del año hemos estado con menos plantilla), no se ha podido iniciar todavía el proceso, pero ya está todo organizado para comenzar en febrero de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si fuera posible, me gustaría continuar con este proyecto, puesto que durante este primer año hemos hecho las modificaciones necesarias tanto en la consulta adecuando las citaciones y el ecógrafo que teníamos en dicha consulta para poder comenzar en febrero de 2020. Así pues, durante este año 2020 se podría continuar con el proyecto para poder realizar la parte práctica y por la cual las gestantes saldrían beneficiadas.

7. OBSERVACIONES.

En caso de que se permite realizar un seguimiento del proyecto, no tengo claro si debería mandar este año nuevamente el proyecto indicando que es seguimiento o si se acepta, ya se da por enviado

*** ===== Resumen del proyecto 2019/246 ===== ***

Nº de registro: 0246

Título
IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MACHIN RICOL MARIA PILAR, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, MORENO PEREZ RAQUEL, OBON CASTEL BEATRIZ, TAJADA CEPERO PILAR DARIA, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, VELA LETE ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0246

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

PROBLEMA

La preeclampsia es una causa importante de morbilidad tanto materna como perinatal. El riesgo de un resultado adverso es mucho mayor cuando la enfermedad es severa y de inicio temprano que requiera un parto antes de las 37 semanas de gestación que si se produce a término. Un reto importante es la identificación precoz de los embarazos de alto riesgo de preeclampsia temprana y la realización de las medidas necesarias para mejorar la placentación y reducir la prevalencia de la enfermedad. Se ha visto con diferentes estudios, que el tratamiento con dosis bajas de aspirina en mujeres con alto riesgo de preeclampsia reduce sustancialmente la incidencia de la enfermedad. Así, si identificamos a dichas mujeres, podemos iniciar precozmente el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo consiste en poder hacer una estimación del riesgo que tiene una gestante de desarrollar preeclampsia en ese embarazo y así poder tratar con anterioridad a las mujeres que tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad para disminuir las posibles complicaciones que nos podemos encontrar. Para ello, durante la visita del primer trimestre (11-14 SG) calcularemos el riesgo que tienen de preeclampsia en dicha gestación, y así a las que tengan alto riesgo (>1/70), podremos iniciar precozmente el tratamiento preventivo con ácido acetil salicílico 150 mg/24h hasta la semana 36 de embarazo para disminuir tanto la incidencia como los ingresos, visitas y la morbilidad asociada.

MÉTODO

En la primera visita (11-14 SG) calcularemos el riesgo de preeclampsia basándonos en calculadoras creadas por otros servicios. Para poder calcular el riesgo, deberemos realizar una medición del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas y junto con la información recabada de la anamnesis, tendremos el riesgo individual para poder iniciar tratamiento si es necesario. Para ello, necesitaríamos ampliar el tiempo por paciente para hacer una correcta medición de la pulsatilidad de las arterias uterinas.

INDICADORES

Trabajaremos con la calculadora de riesgo de preeclampsia ya existente del Hospital Clínic de Barcelona que nos dará información de las pacientes con alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

DURACIÓN

Comenzaremos en Mayo de 2019, ampliando el tiempo necesario para las consultas de primera visita de embarazo y hacer una valoración de la efectividad a principios del año 2020 (enero).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0269

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARTO NORMAL

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA MARTIN TARIFA
· Profesión MATRONA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL

OTAL LOSPAUS SILVIA

SANCHEZ LOPEZ PILAR

BELLOC GARCIA MARIA JOSE

CARNICER CEBOLLADA MARTA

DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

MACHIN RICOL MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Lo primero que realizamos fue informar a todos los profesionales del servicio de obstetricia y ginecología de el proyecto de elaborar una vía de práctica clínica del parto normal, actualizada y multiprofesional.

Durante los siguientes meses, mediante reuniones de equipo de los miembros del proyecto, se elaboró, la vía clínica del parto normal de nuestro centro.

Posteriormente, tras los meses de verano, se dejó un periodo de sugerencias para que las compañeras pudieran realizar aportaciones.

Después el supervisor del área obstétrica revisó la vía clínica realizada y dio su visto bueno.

Por último se ha enviado la vía clínica a la jefa de servicio de obstetricia y ginecología. En estos momentos estamos a la espera de su respuesta.

El calendario se ha visto retrasado por el periodo de verano y por el último paso, ya que nos mantenemos a la espera de aprobación por parte de la jefa de servicio y poder implantarlo en nuestra unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De momento únicamente hemos podido medir el indicador de si los profesionales estaban de acuerdo con elaborar una vía clínica del parto normal. Lo obtuvimos preguntando directamente a las compañeras en las reuniones del borrador. El 100% de las compañeras se ha mostrado conforme con el proyecto y bastantes de ellas han indicado que era además necesario.

El otro indicador pendiente de medir es la satisfacción de los profesionales una vez implantada la vía clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta ahora el equipo de mejora ha funcionado bien. Nos queda pendiente la última fase, que es la de la implantación de la vía clínica, la cual está previsto realizar próximamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/269 ===== ***

Nº de registro: 0269

Título
VIA CLINICA PARTO NORMAL

Autores:
MARTIN TARIFA LAURA, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, OTAL LOSPAUS SILVIA, SANCHEZ LOPEZ PILAR, BELLOC GARCIA MARIA JOSE, CARNICER CEBOLLADA MARTA, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, MACHIN RICOL MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres

Edad: Adultos

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0269

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARTO NORMAL

PROBLEMA

En el año 2007, se puso en marcha la estrategia al parto normal, acordada por el Consejo Interterritorial del SNS. A partir de dicha estrategia surgió la " Guía de práctica clínica de atención al parto normal" en la que se elaboraron una serie de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible que conllevó a un cambio importante en la asistencia al parto en nuestro país. El parto, es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles que generalmente se articula entorno al bloque obstétrico. La atención al parto requiere un modelo de atención compartido entre obstetras, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería que desarrollen un trabajo en equipo y de colaboración. Con carácter general, la matrona atiende al parto que se mantenga dentro de los límites de la normalidad y requerirá la atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones.

Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones.

Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia, que intentan reducir la variabilidad injustificada en práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. En la actualidad en nuestro centro no disponemos de una vía clínica de atención al parto normal, por ello, consideramos que su elaboración y posterior implantación, puede servir como medio para la consecución de buenas prácticas a todos los profesionales implicados en la asistencia a la mujer y el recién nacido, durante el parto y postparto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar la variabilidad de la práctica clínica en la atención al parto normal en el servicio de obstetricia y ginecología de nuestro hospital.
- Identificar las actividades de los profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden a las mujeres durante el proceso de parto y postparto.
- Elaborar una matriz temporal, con todas las actividades.

MÉTODO

- Información a todos los profesionales que participen en la atención al parto normal desde el ingreso de la gestante hasta el alta hospitalaria.
- Se elaborará un borrador de la vía clínica del parto normal, realizado por los profesionales que participan en el proyecto de calidad.
- Se dejará un tiempo para sugerencias y modificaciones del borrador.
- Se acordará la vía clínica definitiva con todos los miembros del proyecto.
- Se presentará también la vía clínica definitiva al coordinador de Obstetricia y Ginecología y los demás profesionales que intervienen en la atención al parto.
- Se implantará en la práctica asistencial.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción de los profesionales con el uso de la vía clínica de atención al parto normal a los tres meses de su implantación.

DURACIÓN

- Desde Marzo hasta Junio de 2019, se procederá a la elaboración y aprobación de la vía clínica por parte del equipo encargado del proyecto de calidad.
- En julio de 2019, comenzará su implantación en el servicio de Obstetricia y Ginecología.
- En Octubre se recogerán las encuestas de satisfacción de los profesionales encargados de la asistencia al parto y postparto.
- Si los resultados de dichas encuestas, han sido favorables, se procederá a su implantación definitiva, a partir de Noviembre- Diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0296

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BELLOC GARCIA
· Profesión TCAE
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO CASTAN CARMEN
VIVAS SEGURA CARMEN
LAVAL TURMO PILAR
GIMENEZ NAVASCUEZ ROSARIO
SANCHEZ LOPEZ PILAR
MAS FORTUÑO JOSE MARIA
PUIG COMAS NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de una hoja informativa con las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.
Acogida y breve charla informativa al ingreso en cada paciente y acompañantes.

- Consensuar entre los miembros del equipo el contenido de la hoja informativa.
- Elaborar el modelo impreso.
- Decidir cómo difundirlo entre los usuarios visitas y acompañantes.
- Colocarlo en un lugar visible en todas las habitaciones de la planta de Obstetricia.
- Comunicar a todo el personal de la unidad la puesta en marcha del proyecto e incidir en informar brevemente en cada ingreso.
- Evaluar en reunión de equipo el grado de implementación y logro de objetivos del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha comprobado una mejor disposición a cumplir con las normas de convivencia y respeto en el uso adecuado de las instalaciones y servicios por parte de las usuarias, visitas y acompañantes.
El personal manifiesta las camas libres contiguas a la ocupada por las usuarias se mantiene limpias y disponibles para su uso.

Ha mejorado la actitud de las usuarias, visitas y acompañantes con respecto al cumplimiento de las normas de convivencia y el respeto en el uso adecuado de las instalaciones y servicios.
El personal considera que se han reducido las incidencias por las que se implementó este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se concluye que es necesario mantener este proyecto vigente por tiempo indefinido para continuar incidiendo en el cambio de hábitos en usuarias, visitas y acompañantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/296 ===== ***

Nº de registro: 0296

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES

Autores:
BELLOC GARCIA MARIA JOSE, NAVARRO CASTAN CARMEN, VIVAS SEGURA CARMEN, LAVAL TURMO PILAR, GIMENEZ NAVASCUEZ ROSARIO, SANCHEZ LOPEZ PILAR, MAS FORTUÑO JOSE MARIA, PUIG COMAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0296

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En ocasiones se ha detectado un mal uso de las camas libres y un desconocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.

En el Hospital San Jorge las habitaciones de la Unidad de Hospitalización de Obstetricia son dobles y siempre que la presión asistencial lo permite se intenta distribuir a las pacientes de forma individual, quedando una cama libre. Algunos acompañantes, en lugar de usar el sillón que tienen asignado, usan las camas destinadas a los ingresos para acostarse por las noches para dormir.

Desde hace tiempo los recién nacidos permanecen las 24 horas del día en las habitaciones con sus madres, y el hospital les proporciona los enseres necesarios para la higiene del bebé. La cama que queda libre suele utilizarse como cambiador, lo que ocasiona que se ensucien la colcha y las sábanas.

Por otra parte, las personas que vienen a visitar a la puérpera usan la cama libre para sentarse y depositar todo tipo de enseres.

Todo lo anteriormente descrito provoca que la cama o bien se manche o que no esté en condiciones para el uso cuando se precise para un ingreso. Esta situación causa un aumento innecesario de cargas de trabajo del personal de la planta, genera la necesidad de mayor dotación de ropa de cama y gasto en lavandería.

Este proyecto se considera necesario por las incidencias que se generan a causa de la mala utilización de las camas libres y, en general, por un desconocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las visitas y los acompañantes.

Aunque estas situaciones se presentan desde hace años, se ha considerado que podría ser útil elaborar una hoja informativa en la que se describan de forma clara unas recomendaciones básicas a seguir durante el ingreso hospitalario, para favorecer el buen uso de los recursos y armonizar la convivencia entre pacientes, acompañantes, visitas y personal de la planta de hospitalización, además de lograr tener las camas libres disponibles y en perfecto estado para cuando se requieran para un ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el grado de conocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.

MÉTODO

Elaborar una hoja informativa con las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.

El personal que acoge a la paciente al ingreso al acompañarla a la habitación mostrará la ubicación de la hoja informativa y explicará brevemente su contenido para conocimiento general.

INDICADORES

Se detecta el cumplimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes, ya que el personal comprueba que las camas libres están en perfecto estado y disminuye el uso de ropa de cama.

DURACIÓN

Se pretende reunir a los integrantes del proyecto de mejora para que aporten propuestas y elaborar un borrador de hoja informativa, en los dos meses siguientes a la presentación de este proyecto.

Una vez se disponga de la hoja informativa definitiva se dará a conocer a todo el personal de la planta y se procederá a colocar, en todas las habitaciones, en un lugar visible.

Se considera que la puesta en marcha de este proyecto será en mayo de 2019 y una vez implantado, de forma permanente, se reevaluará para su mejora con carácter anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0296

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0301

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL MORENO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MACHIN RICOL MARIA PILAR
OBON CASTEL BEATRIZ
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
PEREZ RUIZ JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

TAL Y COMO SE INDICO EN LA PRESENTACION DEL PROYECTO EL PASADO AÑO 2019, DESDE EL AÑO 2008 NO EXISTE UN PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL A NIVEL DE NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA, POR EL CUAL TODOS LOS PROFESIONALES PODAMOS GUIARNOS Y TENGAMOS UNA MISMA PAUTA A LA HORA DE ACTUAR. ES POR ESO QUE EN NUESTRO SERVICIO SE SEGUIA HASTA LA FECHA UN PROTOCOLO DESACTUALIZADO Y URGIA LA ELABORACION DE UNO NUEVO, EN EL QUE SE INCLUYERA UNA ACTUALIZACION DEL MANEJO CLINICO DE ESTE TIPO DE AGRESIONES.

EN LA ACTUALIDAD, ESTA EN MARCHA UN GRUPO DE TRABAJO EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA QUE ENGLOBA DISTINTAS ESPECIALIDADES MEDICAS, DESTINADO A ELABORAR UN PROTOCOLO POR EL CUAL GUIARNOS TODOS LOS PROFESIONALES DE ARAGON, NO SOLO GINECOLOGOS.

EN CUANTO A NUESTRO CENTRO, DESDE EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA SE HA CREADO UN PERFIL DE AGRESION SEXUAL, CON EL FIN DE DESCARTAR LAS ITS MAS FRECUENTES EN TODAS AQUELLAS MUJERES QUE HAN SUFRIDO UNA AGRESION Y POR TANTO PODRIAN VERSE AFECTADAS.

TAMBIEN EN NUESTRO CENTRO, DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, Y APROVECHANDO LA REVISION DEL PROA (PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS), SE REVISO EL USO DE ANTIRRETROVIRALES PROFILACTICOS, INDICADOS EN AQUELLOS CASOS DE POSIBLE CONTACTO CON VIH, COMO PUEDEN SER LAS MUJERES AGREDIDAS SEXUALMENTE.

Y EN NUESTRO SERVICIO (PERSONAL DE ENFERMERIA), SE REALIZO UNA REVISION DEL TIPO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS QUE DEBEN TOMARSE A LA PACIENTE QUE HA SUFRIDO UNA AGRESION SEXUAL, ELABORANDOSE UN KIT YA PREPARADO PARA SER USADO EN ESTOS CASOS, Y DEL QUE SE DISPONE EN LA ACTUALIDAD EN EL CUARTO DE EXPLORACION DE GINECOLOGIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

AUNQUE EL OBJETIVO PLANTEADO ERA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL PARA EL SERVICIO DE GINECOLOGIA, FUNDAMENTALMENTE HACIENDO INCAPIE AL USO DE ANTIRRETROVIRALES ANTI-VIH, ESTE TODAVIA NO HA SIDO PRESENTADO. SIN EMBARGO SE ESTA TRABAJANDO EN SU ELABORACION, A LA ESPERA DE LA ACTUALIZACION POR PARTE DEL GRUPO DE TRABAJO DE NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA, ASI COMO A LA INCLUSION DE NUEVAS MEDIDAS O ACTUACIONES PLANTEADAS DESDE OTROS SERVICIOS EN RELACION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y EL DIAGNOSTICO DE ITS (INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL).

EN CUANTO A LOS INDICADORES, SE PLANTEABA TENER EN CUENTA EL PORCENTAJE DE PACIENTES AGREDIDAS SEXUALMENTE QUE HABIAN RECIBIDO TRATAMIENTO RETROVIRAL. EN EL 100% DE LOS CASOS HA SIDO OFRECIDO EL TRATAMIENTO TRAS LA EXPLORACION PERTINENTE DE LA PACIENTE, AUNQUE PUEDE SER QUE NO TODAS ELLAS LO HAYAN INICIADO O MANTENIDO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EN NUESTRO CENTRO Y EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA, HAY PUESTOS EN MARCHA DISTINTOS GRUPOS QUE TRABAJAN EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS FRENTE A AGRESION SEXUAL, ASI COMO EN LA MEJORA DE LA PRACTICA CLINICA DIARIA (DIAGNOSTICO Y PREVENCION DE ITS). SIN EMBARGO, DEBEMOS CONTINUAR CON LA ELABORACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN NUESTRO SERVICIO, INCLUYENDO NUEVAS ACTUALIZACIONES Y EVIDENCIA CIENTIFICA, ASI COMO COLABORANDO CON OTROS SERVICIOS IMPLICADOS EN NUESTRO CENTRO.

7. OBSERVACIONES.

LA COORDINADORA DE PROYECTO ERA INICIALMENTE ROCIO DE ANDRES, RESIDENTE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, Y QUE ACTUALMENTE YA NO TRABAJA EN EL HOSPITAL, POR LO QUE PASA A COORDINAR EL PROYECTO RAQUEL MORENO PEREZ, ANTERIORMENTE COLABORADORA DEL MISMO.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/301 ===== ***

Nº de registro: 0301

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0301

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, MACHIN RICOL MARIA PILAR, MORENO PEREZ RAQUEL, OBON CASTEL BEATRIZ, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, LAFALLA BERNAD OLIVIA, PEREZ RUIZ JAVIER, GASCON MAS ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge de Huesca hasta ahora seguimos un protocolo frente a agresiones sexuales que se encontraba desactualizado. Concretamente, la profilaxis post-exposición frente al VIH se valoraba individualmente tras evaluar el riesgo de transmisión. Actualmente no existe un protocolo actualizado frente a agresión sexual en la Comunidad Autónoma de Aragón desde el año 2008. Hoy en día, se considera a todas las pacientes que han sufrido una agresión sexual, potencialmente infectadas por VIH, por lo que se debería iniciar en todas ellas tratamiento farmacológico profiláctico. La evidencia científica ha demostrado que el riesgo de transmisión de la infección por VIH disminuye con la administración de medicamentos antirretrovirales profilácticos en víctimas de agresión sexual, siempre que se inicien antes de las 72 horas.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es la actualización del protocolo frente a agresión sexual sumándonos al nuevo protocolo autonómico que va a realizarse en nuestra Comunidad en cuanto a profilaxis antirretroviral de VIH.

MÉTODO

Presentación del nuevo protocolo al equipo de profesionales sanitarios que realizan atención continuada en nuestro servicio.
Valoración del grado de satisfacción por parte de dichos profesionales sobre el protocolo.

INDICADORES

Numero de pacientes que han sufrido agresión sexual y han recibido profilaxis antirretroviral antes de 72 horas/Numero total de pacientes que han sufrido agresión sexual

DURACIÓN

El inicio de la elaboración del protocolo se realizara en Mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0546

1. TÍTULO

INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESÁREA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JARA ZABAU FERMOSELLE
· Profesión MATRONA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFALLA BERNAD OLIVIA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
AGUSTIN OLIVA ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE UN INFORME DE ALTA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) PARA LOS PROCESOS DE PARTO Y CESÁREAS, ADAPTADO A LA HCE. DICHO INFORME SE TRASLADÓ A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA QUE A SU VEZ FUE REMITIDO A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS CENTRALES DEL SALUD Y EN CONCRETO A LAS PERSONAS RELACIONADAS CON LA INTEGRACIÓN DEL MISMO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ESTAMOS PENDIENTES TODAVÍA DE LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS CENTRALES DEL SALUD Y DE SU INTEGRACIÓN EN LA HCE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
QUEDA PENDIENTE LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS CENTRALES DEL SALUD Y DE SU INTEGRACIÓN EN LA HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/546 ===== ***

Nº de registro: 0546

Título
INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESAREA UNIFICADO (GINECOLOGIA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA

Autores:
ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, PEREZ RUBIO LOURDES, RUS JODAR LUISA, AGUSTIN OLIVA ANDREA, ALVES BLANCO PAULA, BETRAN SERRATE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la nueva estructuración del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HSJ de Huesca en el que se han reconvertido las plazas de enfermeras generalistas en plazas de matrona, hemos creído conveniente realizar un nuevo informe de alta para las mujeres en proceso de parto y cesárea. Este nuevo informe será unificado aunando en uno solo el informe de alta de las matronas y el de ginecología, evitando duplicidad de documentos. Vemos además necesario el uso de la HCE (historia clínica electrónica) como medio de comunicación con las matronas de atención primaria, buscando la continuidad de cuidados de nuestras pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un nuevo informe de alta para los procesos de alta y cesárea.
Unificar informe de continuidad de cuidados (especializada-atención primaria) mediante la HCE.

MÉTODO
Se realizarán varias reuniones entre las personas designadas para el proyecto, tanto del equipo de matronas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0546

1. TÍTULO

INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESÁREA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA

como de ginecología para unificar criterios y elaborar los diferentes apartados del informe de alta. Se mandará el proyecto de informe de alta al servicio de informática para que valoren y lleven a cabo su inclusión en la HCE.

Se añadirán las escalas de valoración de lactancia materna (LATCH) y otra de valoración de la episiotomía (REEDA). Se solicita la creación de dos nuevas pestañas en el apartado de "alta clínica", una de ellas será la "valoración por matrona" y hará referencia a "valoración de lactancia materna".

Una vez incorporado el nuevo informe en la HCE, se organizará una sesión para poner en conocimiento del servicio el nuevo informe y se darán instrucciones para su cumplimentación.

Nos pondremos en contacto con las matronas de atención primaria para darles a conocer este nuevo informe y su ubicación.

INDICADORES

El 80% de los informes de alta consten en la HCE.

Se consiga la creación de las nuevas pestañas en el informe.

Mantener el feed-back con las matronas de AP para corroborar la recepción y utilidad del nuevo informe.

DURACIÓN

Se llevará a cabo a lo largo del año 2019.

En el primer trimestre se ha elaborado el nuevo informe y se ha remitido al servicio de informática para incorporarlo a la HCE. Tan pronto como esté disponible, se procederá a testarlo por si fueran necesarias modificaciones antes de su uso generalizado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0770

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ALLER CONDE
· Profesión MATRONA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTANA ESPEJO EMILIA
MARTIN TARIFA LAURA
PEREZ RUBIO LOURDES
JIMENEZ BLANCO COVADONGA
ABIO ALBERO SONIA
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
ARIZON ARPAL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Febrero de 2019 se estableció el grupo de trabajo y las funciones de cada miembro y formalizamos un método de comunicación entre el grupo a través correo electrónico.

Elaboramos una nueva hoja de valoración del recién nacido con la idea que permaneciera en la cuna del recién nacido en cohabitación con la madre ingresada tras el parto y nacimiento, en la que se recogían diferentes parámetros para el control del bienestar del bebé y de la evolución del RN.

El 13 de Mayo en reunión del equipo del proyecto, se modifica la hoja ajustándola a la ley de protección de datos y eliminando datos que pudiesen comprometer la privacidad de los datos que en ella se recogían. Así se establece una nueva hoja de recogida de datos que permanecería en la cuna del recién nacido y en la que se recogen datos a cumplimentar tanto por personal de Nidos como de Obstetricia. Por otro lado se propone otra vía de actuación que consiste en reuniones diarias entre los profesionales (obstetricia-nidos) en el turno de día para intercambiar información del curso del estado de madre y bebé y establecer las actuaciones y las actividades para mejorar o apoyar la alimentación del bebé y ayudar a la madre. Llevado al consenso este formulario y la propuesta de reuniones diarias, se decide establecer una reunión conjunta entre servicio de Pediatría-Nidos y Obstetricia-Paritorio para informar de las propuestas y abrir un diálogo para mejorar en este aspecto.

El 20 Junio acontece la reunión con ambos servicios desestimando mediante votación la hoja de recogida de datos y se acuerda las reuniones diarias entre servicios. Se comunica a todo el personal de Pediatría-Nidos a través de la Supervisora de ambos servicios.

Se acuerda en el equipo del proyecto nueva reunión tras el periodo vacacional como tiempo de prueba para nueva valoración de la medida.

El 29 Octubre nos reunimos el equipo del proyecto para hacer una valoración del cumplimiento de la medida y de la evolución del proyecto.

En Diciembre de 2019 se decide dar por finalizado el proyecto ya que el fin principal del mismo no se lleva a cabo aunque se han alcanzado otras medidas para la mejora asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto, en su origen, pretendía establecer una nueva hoja de recogida de datos sobre la evolución del recién nacido (RN) que pusiera en contacto los servicios de obstetricia (matronas en este caso) y pediatría (enfermeras del servicio de nidos) y a través de la cual se pudieran encaminar cuidados conjuntos, sobre todo en el apoyo a la lactancia materna.

En el desarrollo del proyecto hemos encontrado que las dificultades halladas hasta la fecha no se originaban en la recogida de datos, que ya se estaba realizando en la historia del recién nacido, sino en la falta de comunicación entre el personal de nidos y obstetricia y en la toma de decisiones conjunta.

Por todo ello, en consenso, se han establecido hilos de comunicación entre ambos servicios. Se ha instaurado un encuentro mínimo diario tras el pase de planta de pediatría entre enfermería de nidos y matrona de planta que sucederá en sala de nidos o en planta obstétrica para intercambiar la información que cada profesional haya recogido en el cambio de turno, pase de planta, propia información obtenida de la evolución de la lactancia materna y estado del RN...

En la actualidad estos encuentros se están desarrollando con buenos resultados. Se ha mejorado en :

- El consenso de los cuidados hacia la madre y el bebé,
- La colaboración entre ambos servicios
- La puesta en común de objetivos en lactancia materna
- Mejora en la recogida de datos por parte del personal
- Más implicación con las pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a los objetivos marcados por este proyecto, las actividades encaminadas a su consecución han sido satisfactorias. El establecimiento de vías de comunicación entre servicios ha supuesto un paso importante en el nuevo enclave asistencial que se está viviendo en nuestro hospital con la reconversión de plazas de enfermería generalistas a enfermería especializada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0770

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO

En la actualidad, dos servicios de nuestro hospital se encaminan al bienestar y el apoyo a la alimentación del recién nacido además de sus funciones propias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/770 ===== ***

Nº de registro: 0770

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO

Autores:
ALLER CONDE MARIA, RUIZ OLLES ROSA MARIA, SANTANA ESPEJO EMILIA, MARTIN TARIFA LAURA, PEREZ RUBIO LOURDES, JIMENEZ BLANCO MARIA COVADONGA, ABIO ALBERO SONIA, SANZ DE MIGUEL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Otros desórdenes del periodo perinatal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayor parte de las mujeres manifiestan el deseo de amamantar a sus hijas/os. A pesar de ello, las tasas de lactancia materna están en niveles más bajos de los recomendados por la OMS. El apoyo a la lactancia materna durante la estancia hospitalaria, es fundamental para que, aquellas madres que lo deseen, puedan continuar con la lactancia materna al alta hospitalaria.
Un ítem muy importante para el correcto establecimiento y evolución de la lactancia materna es la observación y corrección de los problemas detectados en las tomas que realiza el recién nacido durante la estancia hospitalaria. Al menos en una ocasión durante la estancia hospitalaria, los profesionales sanitarios deberían utilizar una herramienta estandarizada de observación de la toma que ofrezca criterios objetivos de valoración.
En la actualidad, los equipos que atienden a las puérperas y sus recién nacidos en el medio hospitalario son multidisciplinarios y se hace imposible el seguimiento y la valoración del recién nacido y del establecimiento de la lactancia materna siempre por la misma persona en todas las ocasiones. Por ello, el establecer en las dinámicas asistenciales, herramientas estandarizadas y basadas en escalas validadas nos ayudará a establecer: criterios comunes de valoración, comunicación más fluida entre profesionales, trabajo en equipo y mejoras en la asistencia, en la evolución del bebé y en la satisfacción materna.
Conocer si el lactante se alimenta adecuadamente es prioritario tanto para la madre como para los profesionales. Por ello, es necesario disponer de criterios objetivos que nos indiquen un buen inicio y una adecuada instauración de la lactancia y nos permitan detectar cualquier alteración o situación de riesgo para establecer acciones comunes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Ofrecer un apoyo asistencial a la lactancia materna multidisciplinar, con criterios unificados y sin duplicidad de información.
- Diseñar y establecer una hoja para el seguimiento de la lactancia materna,
- Desarrollar actividades de apoyo y asesoramiento realizadas a las mujeres puérperas atendidas en nuestro hospital.

MÉTODO

- Recopilación de hojas de valoración de otros centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma y de otras.
- Reuniones con equipo de trabajo para unificar criterios y establecer plan de acción . Mínimo 2
- Se realizará un a reunión informativa para todo el equipo asistencial de información de cumplimentación y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0770

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO

seguimiento.

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a los profesionales sanitarios que atienden en el postparto sobre la implantación de la hoja de valoración de lactancia a los dos meses de su implantación.
- Encuesta de satisfacción a las mujeres puérperas sobre el apoyo a la lactancia materna recibido durante la estancia hospitalaria Noviembre -Diciembre de 2019.

DURACIÓN

- Durante los meses de Marzo y Abril se elaborará el borrador de la hoja de valoración de lactancia.
- Una vez acordado el borrador por los miembros del equipo de mejora, comenzará su implantación en planta.
- Tras 2 meses de su implantación, se recogerá una encuesta a los profesionales implicados en el apoyo a la lactancia materna durante el postparto, para evaluar la aceptación de la misma así como posibles mejoras.
- Al finalizar el año, se elaborará una recogida de datos de tasa de lactancia materna exclusiva al alta y causas de suplementación y datos sobre la satisfacción materna al alta en cuanto a información y apoyo a lactancia materna.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0813

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA ABAD RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAFALLA BERNAD OLIVIA
RAVENTOS TATO RUT
PEREZ RUIZ JAVIER
TAJADA CEPERO PILAR DARIA
VELA LETE ANA MARIA
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-A lo largo del año 2019 se ha intentado instruir al servicio para la selección de cada vez, mayor número de pacientes susceptibles de realización de histerectomía vía laparoscópica e histerectomía vaginal asistida por laparoscopia.
- Se ha realizado una base de datos en Excel en la que se han recogido los datos más relevantes a estudio: edad de la paciente, indicación, tipo de cirugía realizada, tiempo quirúrgico, descenso de la hemoglobina post-cirugía, días de ingreso hospitalario y complicaciones acaecidas.
- Las ginecólogas al cargo de este tipo de intervenciones han asistido a una media de 2 cursos relacionados con esta materia a lo largo del año que se analiza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total se han realizado 16 histerectomías laparoscópicas y 1 histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Son 3 las ginecólogas que han actuado como cirujanas principales en este tipo de intervenciones, la Dra. Raventós que ha realizado un total de 8 (47%), la Dra. Abad que ha realizado 5 intervenciones (29,4%) y la Dra. Lafalla responsable de 4 de estas intervenciones (23, 5%).
Entre las indicaciones, la más habitual ha sido la indicación por causa oncológica (41,1%) y como profilaxis o prevención de cáncer (41,1%), el resto de indicaciones suponen el 17,6 % e incluyen útero miomatoso, dolor pélvico crónico y prolapso genital asociado a quiste anexial.
La edad media de las pacientes intervenidas ha sido de 57,1 años, siendo la paciente más joven sometida a este tipo de intervención de 33 años y la más mayor de 84 años.
El tiempo quirúrgico ha sido muy variable, siendo la media de 176,7 minutos por intervención. La más rápida se realizó en 135 minutos y la más lenta en 270 minutos. La cifra varía también en función del cirujano principal. La Dra. Raventós, tardó una media de 170 minutos por intervención, siendo su cirugía más corta de 140 minutos y la más larga de 210 minutos. La Dra. Abad, por su parte, tardó una media de 187 minutos por intervención, siendo su cirugía más corta de 135 minutos y la más larga de 270 minutos. Y por último la Dra. Lafalla tardó una media de 182,5 minutos por intervención, siendo su cirugía más corta de 150 minutos y la más larga de 220 minutos.
El descenso medio de hemoglobina en estas intervenciones fue de 2 g/dl, no siendo necesario en ningún caso la transfusión de hemoderivados. La paciente con mayor pérdida sanguínea, experimentó un descenso de hemoglobina de 3,5 g/dl respecto al preoperatorio y la paciente con menor pérdida sanguínea un descenso de 0,3 g/dl de hemoglobina.
La estancia media post- quirúrgica fue de 3 días. La paciente con menor estancia estuvo exclusivamente 1 día ingresada y la paciente con una estancia hospitalaria mayor, estuvo 5 días en el hospital. Ninguna de nuestras pacientes solicitó el alta voluntaria.
Respecto a las complicaciones quirúrgicas, 4 de las intervenciones cursaron con algún tipo de complicación (un 23,5 % del total), pero ninguna de ellas se debió a problemas hemorrágicos (ni sangrado intra, ni post-quirúrgico), ni infecciosos. Las complicaciones fueron las siguientes: 2 reconversiones a laparotomía por dificultad en la técnica quirúrgica, una paciente presentó una fibrilación auricular previamente no diagnosticada durante la intervención y otra de ellas presentó una trombosis venosa superficial de extremidades inferiores diagnosticada 20 días después de la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La instauración de la histerectomía laparoscópica está siendo más lenta de lo esperable en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge, de manera que en el año 2019 únicamente se ha logrado recolectar un total de 17 casos frente a los 35- 40 casos que inicialmente esperábamos seleccionar. Como consecuencia de ello está resultando difícil mantener la curva de aprendizaje y objetivar grandes mejoras de esta técnica respecto a la cirugía tradicional laparotómica.
Se ha observado que todavía la tasa de complicaciones es de en torno el 23 % por lo debe hacerse un gran esfuerzo por intentar reducirla al máximo.
Respecto a la estancia hospitalaria, sólo hemos logrado reducir en 1 día la estancia hospitalaria, por lo que en este aspecto también deberíamos mejorar y sobre todo establecer un protocolo claro de manejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0813

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

postquirúrgico estandarizado entre todos los profesionales del servicio.

Respecto al tiempo quirúrgico empleado, pese a que lo esperable es incrementar la duración de la cirugía con la técnica laparoscópica, todavía nos encontramos muy por detrás de los tiempos utilizados por otros equipos de ginecólogos, por lo que resulta imprescindible mantener una adecuada formación continuada con simuladores y conseguir anualmente un número de casos seleccionados para estas intervenciones que nos ayuden a mejorar estos tiempos.

Por último, destacar que un fallo importante de nuestro proyecto de mejora ha sido no tener en cuenta la valoración subjetiva de recuperación y bienestar post-cirugía de las mujeres intervenidas, por lo que no podemos llegar a conclusiones en este sentido

De cara al futuro, los objetivos más urgentes a lograr son:

- Incrementar el número de pacientes con indicación de histerectomía laparoscópica a costa de ir disminuyendo progresivamente la histerectomía laparotómica y reservarla únicamente para algunos casos en los que la laparoscopia esté contraindicada.
- Protocolizar el manejo post-quirúrgico de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica para lograr un alta lo más precoz posible.
- Elaborar escalas de satisfacción post-cirugía para valorar la opinión de las mujeres intervenidas.
- Continuar con el análisis de las histerectomías laparoscópicas realizadas en el servicio como método de control de calidad que nos permita detectar errores y corregirlos de la mejor manera posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/813 ===== ***

Nº de registro: 0813

Título
EVALUACION DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPIA Y LA HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ABAD RUBIO CRISTINA, LAFALLA BERNAD OLIVIA, RAVENTOS TATO RUT, PEREZ RUIZ JAVIER, TAJADA CEPERO PILAR DARIA, VELA LETE ANA MARIA, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía por vía laparoscópica ha demostrado una mejor recuperación, menor pérdida de sangre durante la cirugía y necesidad de una estancia hospitalaria más corta. Progresivamente, se ha ido incorporando en los servicios de ginecología de toda España por todos los beneficios que aporta, pero sin embargo, resulta técnicamente más compleja y se suele relacionar con tiempos quirúrgicos mayores, que se reducen a medida que mejora la experiencia del operador.

En el Servicio de Ginecología del Hospital San Jorge hasta hace unos años la cirugía laparoscópica estaba reservada para casos sencillos (anexectomías, quistectomías, salpinguectomías, ligaduras tubárica y cirugía del embarazo ectópico), sobre todo debido a la limitación técnica, al no disponer de una torre de laparoscopia que nos permitiese una visión óptima de la cavidad abdominal que posibilitase trabajar con seguridad.

Desde la adquisición de una nueva torre de laparoscopia para el Servicio de Ginecología en el año 2016 que nos permitió superar las limitaciones técnicas previamente mencionadas, se han ido incluyendo procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad por vía laparoscópica, para poder brindar a nuestras pacientes todas las ventajas que supone esta vía de abordaje quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el Proyecto Actual se pretende evaluar la curva de aprendizaje de los diferentes miembros del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0813

1. TÍTULO

EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Ginecología en la realización de histerectomías vía laparoscópica e histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia en base a una serie de indicadores, posteriormente descritos y detectar las debilidades del proceso de aprendizaje para mejorarlas y proporcionar así una asistencia óptima a nuestras pacientes. La población diana son las mujeres que por diferentes causas entren en lista de espera quirúrgica para la realización de una histerectomía y que cumplan los criterios necesarios para poder proceder a un abordaje laparoscópico (no contraindicación anestésica, no cirugías abdominales previas laparotómicas, úteros y anejos cuyo tamaño permita extracción de la pieza por vía vaginal). Se estima que podrían reclutarse aproximadamente unas 25 mujeres de estas características en el periodo de un año.

MÉTODO

- Estudio conjunto de la historia clínica de las pacientes intervenidas la semana previa a la cirugía por parte de los 2 cirujanos al cargo de la intervención.
- Recogida en base de datos Excel de los indicadores a evaluar.
- Análisis y elaboración de un documento con los datos recogidos en dicha base de datos y presentación de los resultados en sesión clínica del servicio de obstetricia y ginecología.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción para las pacientes sometidas a las intervenciones a estudio.
- Fomento de la participación en cursos orientados a mejorar las habilidades en cirugía laparoscópica.

INDICADORES

Los indicadores que se evaluarán, se clasificarán según cirujano principal y tipo de intervención (histerectomía vía laparoscópica o histerectomía vaginal asistida por laparoscopia) y serán:

- Tiempo quirúrgico empleado
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Complicaciones:
 - Hemorragia o hemoperitoneo.
 - Infección.
 - Lesión de órganos vecinos.
 - Necesidad de reconversión a laparotomía

En la consulta de revisión postoperatoria se entregará una encuesta de satisfacción a la paciente intervenida, que se valorará de forma conjunta con los indicadores descritos.

DURACIÓN

- En Marzo de 2019 se diseñará la encuesta de satisfacción postquirúrgica y la base de datos.
- A partir de Abril de 2019 y hasta Abril de 2020, se recopilarán los datos procedentes de las intervenciones quirúrgicas realizadas y se proporcionarán las encuestas de satisfacción a las pacientes intervenidas.
- En Mayo de 2020 se realizará análisis de los datos obtenidos y presentación de informe en sesión clínica del servicio de obstetricia y ginecología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
SOLER MACHIN JAVIER
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó ampliación cartera Servicios para implantar XEN con fecha 4-7-17. Se denegó la propuesta con fecha 14-11-17. Los 12 pacientes seleccionados candidatos a XEN fueron derivados a nuestro centro de referencia Hospital Universitario Miguel Servet, siendo intervenidos en dos sesiones quirúrgicas en Octubre de 2017. En las cirugías estuvo el Dr. Ramón Fernández Quispe, de la Sección de Glaucoma del Hospital San Jorge, evolucionando en la curva de aprendizaje.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann):

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal:

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO:

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lección aprendida: no poner en marcha un proyecto hasta no obtener por escrito la autorización de los organismos pertinentes, pese a que la disposición y el entorno sean favorables.

No se pueden obtener conclusiones por ahora respecto a la eficacia del dispositivo XEN en los pacientes derivados porque ha pasado poco tiempo desde la cirugía, en algunos ni dos meses. Dos meses es el tiempo prudencial necesario para considerar si el dispositivo cumple su función.

7. OBSERVACIONES.
En los meses siguientes se podrán obtener los datos para establecer el valor de los indicadores. Los pacientes que se consideran candidatos a XEN son derivados al Hospital Miguel Servet, donde permiten que los cirujanos en proceso de formación completen su curva de aprendizaje ofreciendo máxima colaboración y disposición.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1285 ===== ***

Nº de registro: 1285

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, SOLER MACHIN JAVIER, ALMENARA CRISTINA, PEREZ NAVARRO ITZIAR, RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ampliar la oferta de tratamiento para pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPPA) que no son satisfactoriamente controlados con tratamiento tópico convencional.
En nuestro centro, en caso de necesitar subir escalón terapéutico en casos insuficientemente controlados, se opta por la técnica quirúrgica de trabeculectomía.
Una posibilidad, en casos seleccionados, puede ser la implantación del dispositivo de drenaje (ab interno) llamado XEN.
Con el drenaje XEN se busca disminuir la presión intraocular como objetivo principal.
Además, se acorta el tiempo quirúrgico respecto a otras técnicas.
El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera irreversible en el mundo y su incidencia en la población general aumenta con la edad

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la presión intraocular en pacientes seleccionados con glaucoma primario de ángulo abierto mediante la implantación de dispositivo de drenaje XEN.

MÉTODO

- Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión.
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.
- Tutorización de sesiones quirúrgicas (número por determinar) con personal entrenado.
- Incorporación de la técnica a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
- Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos

INDICADORES

- Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann)
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: junio 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, se realizará la técnica quirúrgica y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

Si no se reclutara un número suficiente de pacientes en el período establecido, sería interesante prolongar el estudio para verificar la utilidad de la técnica.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que reclutemos a pacientes ancianos también, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar ambas opciones .

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
SOLER MACHIN JAVIER
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Selección los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión. Un total de 12 pacientes se han derivado para colocar XEN al Hospital Miguel Servet entre octubre de 2017 y diciembre de 2018. De éstos, se colocó XEN en 9 pacientes (uno se desestimó por hemorragia subconjuntival, otro por mal estado general del paciente y otro finalmente optó por ser intervenido en Huesca de catarata de ojo afectado para evitar más desplazamientos a Zaragoza).

-Realización de 1 sesión clínica de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.

-Tutorización de 2 sesiones quirúrgicas con personal entrenado, en Hospital Miguel Servet.

-Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann): en todos los casos que completaron seguimiento salvo en uno, se redujo la PIO respecto a valores basales tras la cirugía. En dos casos se realizó el procedimiento en el mismo acto quirúrgico de la cirugía de la catarata, y en total 5 pacientes precisaron algún procedimiento posterior (needling) para garantizar la viabilidad del implante.

-Indicador Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal: de media se observa una reducción del 36% en la PIO, teniendo en cuenta los datos de 8 pacientes que han completado el seguimiento. Existe amplia variabilidad entre los pacientes.

-Indicador Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO: de 9 pacientes, en 7 se ha reducido el número previo de colirios para controlar PIO, es decir en el 77,7% de los casos. De éstos 7 casos, en 2 pacientes se ha prescindido del uso de colirios hipotensores (21% de los casos intervenidos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La selección adecuada de los pacientes es fundamental para aumentar las posibilidades de éxito del implante XEN. En determinados casos se puede optar por procedimientos combinados (asociado a cirugía de catarata). Procedimientos posteriores pueden estar indicados para garantizar la viabilidad del implante (needling).

7. OBSERVACIONES.

No se ha aumentado el número de pacientes respecto a la memoria de seguimiento porque no se han enviado más pacientes al Hospital Miguel Servet.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1285 ===== ***

Nº de registro: 1285

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, SOLER MACHIN JAVIER, ALMENARA CRISTINA, PEREZ NAVARRO ITZIAR, RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ampliar la oferta de tratamiento para pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPPA) que no son satisfactoriamente controlados con tratamiento tópico convencional.
En nuestro centro, en caso de necesitar subir escalón terapéutico en casos insuficientemente controlados, se opta por la técnica quirúrgica de trabeculectomía.
Una posibilidad, en casos seleccionados, puede ser la implantación del dispositivo de drenaje (ab interno) llamado XEN.
Con el drenaje XEN se busca disminuir la presión intraocular como objetivo principal.
Además, se acorta el tiempo quirúrgico respecto a otras técnicas.
El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera irreversible en el mundo y su incidencia en la población general aumenta con la edad

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la presión intraocular en pacientes seleccionados con glaucoma primario de ángulo abierto mediante la implantación de dispositivo de drenaje XEN.

MÉTODO

- Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión.
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.
- Tutorización de sesiones quirúrgicas (número por determinar) con personal entrenado.
- Incorporación de la técnica a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
- Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos

INDICADORES

- Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann)
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: junio 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, se realizará la técnica quirúrgica y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

Si no se reclutara un número suficiente de pacientes en el período establecido, sería interesante prolongar el estudio para verificar la utilidad de la técnica.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que reclutemos a pacientes ancianos también, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar ambas opciones .

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE JAVIER SOLER MACHIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GABARRE MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Indicar las actividades realizadas para conseguir los objetivos deseados
Revisión de los protocolos y guías de práctica clínica existentes para esta técnica recomendados por las sociedades científicas pertinentes (Sociedad Española de Oftalmología, Sociedad Española de Retina y Vitreo). Entrega al paciente de un consentimiento informado actualizado en el que se le explique el tratamiento que se le va a llevar a cabo, su secuencia y necesidad para que sepa las medidas de higiene y antisepsia que le van a ser realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adecuación de los espacios hospitalarios necesarios para los tratamientos intravítreos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es recomendable armonizar el procedimiento entre los facultativos, ya que el paciente se acostumbra a una manera de proceder. Los protocolos permiten pequeñas variaciones del procedimiento, que pueden debatirse entre los médicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1653 ===== ***

Nº de registro: 1653

Título
PROCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SOLER MACHIN JAVIER, ARA GABARRE MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se han detectado diferentes formas de proceder por parte de los facultativos cuando se inyectan fármacos en vítreo (antiangiogénicos, corticoides) en quirófano, todas ellas aceptadas por las sociedades científicas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos del proyecto: unificar criterios entre los facultativos del centro en el procedimiento de inyección de fármacos intravítreos.

Población diana: todos aquellos pacientes que precisen tratamiento con antiangiogénicos y/o corticoides intravítreos, independientemente de la patología de base por la que se indican, edad, sexo o raza.

El proyecto se dirige a los facultativos que inyectan los fármacos, no solo a los que conforman la Unidad de Retina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

MÉTODO

- Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Española de Retina y Vítreo)
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES

Se consideran los siguientes indicadores en este proyecto:

- número de pacientes que han recibido inyección intravítrea.
- número de procedimientos realizados (será superior al número de pacientes, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección)
- material fungible utilizado en el procedimiento: paños, blefarostato, marcadores, antibiótico tópico preoperatorio, intra o postoperatorio (SÍ o NO, en función de si se ha utilizado o no en el procedimiento)
- número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección.

DURACIÓN

La actividad se desarrollará durante el curso 2017 y se pretende mantenerla en el futuro. Los responsables de su implantación serán todos los facultativos que realicen el procedimiento. Fecha prevista de inicio: marzo de 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Fecha de finalización del proyecto aproximada: enero 2018. Durante este tiempo se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes incluidos, se realizará la técnica en quirófano y se evaluarán los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE JAVIER SOLER MACHIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GABARRE MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vitreo)
-Realización de 1 sesión clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.
-Se ha realizado un protocolo sobre cómo proceder para realizar las inyecciones intravítreas, pendiente de aprobación por la Comisión de Calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Número de procedimientos realizados entre 2017 y 2018: 5259 inyecciones en total; en 2017 se realizaron 2363 procedimientos y en 2018 un 22,56% más, hasta los 2896 inyecciones (datos obtenidos del cuadro de mandos que ofrece el Hospital). Del 1-1-18 al 31-12-18, 850 inyecciones corresponden a procedimientos bilaterales, es decir, el 29,35% del total de ese año (no se han recogido datos similares de 2017).

-Número de pacientes que han recibido inyección intravítrea en 2018: 2471 pacientes han entrado en quirófano; de estas entradas, no todas corresponden a pacientes nuevos, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección. Se ha contabilizado el número de personas que en 2018 han hecho uso del quirófano por este motivo (datos obtenidos de los partes de quirófano correspondientes). No hay datos desglosados de 2017.

-Material fungible utilizado en el procedimiento:

SÍ: blefarostato, marcador, antibiótico postoperatorio; en todos los casos.

NO: antibiótico preoperatorio.

Respecto al paño, se ha usado hasta septiembre de 2018. A partir de ese momento se prescinde del paño, sin alterar el procedimiento ni haber observado consecuencias indeseables.

-Número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección:

Ningún paciente ha sufrido endoftalmítis, la complicación más temida y que realmente pretendíamos contabilizar.

No se han contabilizado otros efectos secundarios como hiposfagma, queratitis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo ha servido para unificar criterios entre los oftalmólogos que realizan el procedimiento en HSJ. La inyección bilateral de fármacos antiangiogénicos se ha mostrado una técnica segura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1653 ===== ***

Nº de registro: 1653

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SOLER MACHIN JAVIER, ARA GABARRE MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han detectado diferentes formas de proceder por parte de los facultativos cuando se inyectan fármacos en vítreo (antiangiogénicos, corticoides) en quirófano, todas ellas aceptadas por las sociedades científicas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos del proyecto: unificar criterios entre los facultativos del centro en el procedimiento de inyección de fármacos intravítreos.

Población diana: todos aquellos pacientes que precisen tratamiento con antiangiogénicos y/o corticoides intravítreos, independientemente de la patología de base por la que se indican, edad, sexo o raza.

El proyecto se dirige a los facultativos que inyectan los fármacos, no solo a los que conforman la Unidad de Retina.

MÉTODO

- Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vitreo)
- Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES

Se consideran los siguientes indicadores en este proyecto:

- número de pacientes que han recibido inyección intravítrea.
- número de procedimientos realizados (será superior al número de pacientes, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección)
- material fungible utilizado en el procedimiento: paños, blefarostato, marcadores, antibiótico tópico preoperatorio, intra o postoperatorio (SÍ o NO, en función de si se ha utilizado o no en el procedimiento)
- número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección.

DURACIÓN

La actividad se desarrollará durante el curso 2017 y se pretende mantenerla en el futuro.

Los responsables de su implantación serán todos los facultativos que realicen el procedimiento.

Fecha prevista de inicio: marzo de 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Fecha de finalización del proyecto aproximada: enero 2018. Durante este tiempo se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes incluidos, se realizará la técnica en quirófano y se evaluarán los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE LAURA ROSALIA JIMENEZ LASANTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Pendiente comenzar actividades por problemas administrativos (Consulta Medicina Interna).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente comenzar actividad de la consulta multidisciplinar de Uveítis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1656 ===== ***

Nº de registro: 1656

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Autores:
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implementación de Unidades Multidisciplinares de Uveítis es un nuevo modelo de gestión para el manejo de esta patología. Están constituidas por facultativos de Oftalmología y Medicina Interna o Reumatología que valoran de forma conjunta al paciente en una misma consulta. Permiten una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo. A pesar de los esfuerzos, hasta en el 50% de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico concreto, son las denominadas uveítis idiopáticas.

La uveítis es una enfermedad prevalente en nuestro medio y es la tercera causa de ceguera en los países desarrollados en personas en edad laboral; supone aproximadamente el 10% del total de las causas de pérdida de visión.

Por ello, se propone como proyecto la puesta en marcha de una consulta de estas características en el Hospital San Jorge de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es el manejo integral del paciente con uveítis, creando una consulta multidisciplinar (conjunta de Oftalmología y Medicina Interna).

Los objetivos secundarios son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

- disminuir la demanda de interconsultas a otras especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología, etc).
- establecer protocolos terapéuticos conjuntos para el abordaje multidisciplinar del paciente.
- organización de sesiones multidisciplinarias entre ambos servicios implicados.

MÉTODO

- Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis, derivados desde otras consultas de Oftalmología o desde otros Servicios (como interconsulta)
- Realización de 1-2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre uveítis.
- Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES

- Número de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de uveítis en el período establecido del proyecto,
- Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)
- Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico (SÍ, si se logra; NO en caso contrario)

Otros parámetros evaluables, con más limitaciones:

- Estimación del número de consultas ahorradas.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: julio 2017. Período de reclutamiento: 12 meses aproximadamente. Durante este tiempo se atenderá a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado de las pruebas que lo precisen, se realizarán los tratamientos indicados (inmunosupresores y/o biológicos en Hospital de Día, sin necesidad de ingreso) y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que también reclutemos a pacientes adolescentes, jóvenes y ancianos, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar otras opciones.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA ROSALIA JIMENEZ LASANTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado la Unidad Multidisciplinar de Uveítis integrada por 2 facultativos: la Dra. Madroñero del Servicio de Medicina Interna y la Dra. Jiménez del Servicio de Oftalmología. Este tipo de Unidades constituyen un modelo de gestión óptimo para el manejo de esta patología. En esta unidad multidisciplinar valoramos de forma conjunta al paciente en una misma consulta física, 4 citas con código 7.5 todos los jueves en la consulta 5. Esto nos permite una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar el número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas y un manejo terapéutico global de nuestros pacientes con uveítis. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo.

Las actividades realizadas han sido:

-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis desde julio de 2017 a febrero 2019 incluido: 18 meses en total, en primer lugar un periodo inicial de 6 meses y un periodo de 12 meses desde la creación de la consulta nominativa: C.EXT OFTC -UVEITIS- DRA JIMENEZ/DRA MADROÑERO.

-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.

-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos, mediante los protocolos creados por la Dra. Madroñero y Dra. Jiménez, utilizando como fuente la revisión de las historias clínicas y con la creación de tablas de resultados en formato Excell.

Es importante señalar que en este proyecto han existido varias limitaciones:

1- La Dra. Madroñero no pudo contar con consulta de Uveítis nominativa denominada "C.EXT OFTC -UVEITIS- DRA JIMENEZ/DRA MADROÑERO" hasta el 1 de marzo de 2018, por lo que de Julio de 2017 a Febrero 2018, por razones asistenciales propias de su servicio, sólo pudo incorporarse a la consulta de Uveítis algunos jueves de forma intermitente. Por ello, he decidido cambiar el periodo de reclutamiento de pacientes a un año completo desde la fecha en la que la Dra. Madroñero pudo asistir de forma regular a la consulta Multidisciplinar, es decir 12 meses de marzo 2018 a febrero 2019.

2.- Los pacientes de Uveítis, aunque debían ser siempre citados con el código 7.5 para su posterior identificación, no siempre han sido citados así, sino a veces con código 2.22 dentro de la agenda de la Dra. Jiménez, con lo que ha sido imposible identificar a todos los pacientes de uveítis nuevos atendidos en nuestra unidad.

3. - En ocasiones en las que las 4 citas de código 7.5. no se completaban con pacientes de uveítis, hemos identificado que en la agenda de Uveítis multidisciplinar se han ocupado esas citas con otros pacientes principalmente de la Unidad de Retina de la Dra. Jiménez. Por consiguiente, eso dificulta más aun el reclutamiento de los pacientes de uveítis.

4. - El indicador denominado "Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)": INDICADOR 3, no ha podido registrarse, ya que en la mayoría de los casos no se podía identificar de dónde procedían los pacientes (ausencia de volantes de derivación, el paciente desconoce quién le envía, etc), por ello se ha decidido sustituir ese indicador por uno más apropiado en nuestra consulta multidisciplinar: "Utilidad para el tratamiento global del paciente" (SÍ, si se logra; NO en caso contrario).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se atendieron 65 pacientes nuevos con código 7.5 en la consulta multidisciplinar durante los 12 meses (del 1 de marzo 2018 al 28 de febrero 2019). De estos 65 pacientes, 47 eran pacientes con uveítis y 18 no eran pacientes de uveítis (INDICADOR 1).

De esos 47 nuevos pacientes con uveítis:

-Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico: 35: SI. 12: NO. Es decir, en un 74,46% de nuestros pacientes nuevos fue útil el manejo multidisciplinar para llegar a un diagnóstico etiológico (INDICADOR 2). (Se alcanza diagnóstico o etiológico o de patología sistémica que puede estar relacionada de forma directa o indirecta con la uveítis)

-Utilidad para el tratamiento global del paciente: 36: SI. 11: NO. Es decir, en un 76,60% de nuestros pacientes nuevos fue útil el manejo multidisciplinar para establecer un tratamiento integral y global (INDICADOR 3).

Teniendo en cuenta los datos expuestos, se constata que el resultado obtenido ha sido muy satisfactorio y está en relación al standard esperado. Este proyecto pone de manifiesto la importancia de la creación de estas unidades para mejorar el manejo de estos pacientes y hacerlo más coste efectivo. El impacto en la reducción del número de interconsultas a otras especialidades, de nuevas citas es muy llamativo. En una sola visita, en muchas ocasiones, el paciente recibía todo el tratamiento necesario: de su patología ocular por parte de la Dra. Jiménez y sistémico, por la Dra. Madroñero.

La fuente de estos 3 indicadores (INDICADOR 1, 2 Y 3) ha sido las historias clínicas, siendo el método de obtención, la revisión retrospectiva de las mismas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Como valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas y sobre la consecución de objetivos marcados, cabe afirmar que se considera que se han obtenido resultados muy satisfactorios, puesto que en más de 3 de cada 4 pacientes con uveítis el abordaje multidisciplinar ha sido de utilidad para el diagnóstico y tratamiento de los mismos. Para nuevos proyectos futuros en esta línea, y para mejorar el sistema de recogida de datos de pacientes, sugeriríamos la pertinencia de mejorar el sistema de citaciones de la Unidad, siendo sólo pacientes con uveítis los que se puedan citar con código 7.5, y no siendo nunca éstos citados con código 2.22. Consideramos que podría ser de utilidad volver a analizar los resultados de nuestros indicadores en el futuro, cuando nuestra Unidad multidisciplinar tenga mayor recorrido en el tiempo. Con la creación de esta consulta y su adición a la cartera de servicios de Oftalmología del Hospital General San Jorge se ha mejorado la atención al paciente al mismo tiempo que se realiza un manejo más coste-efectivo de esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1656 ===== ***

Nº de registro: 1656

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Autores:
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implementación de Unidades Multidisciplinares de Uveítis es un nuevo modelo de gestión para el manejo de esta patología. Están constituidas por facultativos de Oftalmología y Medicina Interna o Reumatología que valoran de forma conjunta al paciente en una misma consulta. Permiten una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo. A pesar de los esfuerzos, hasta en el 50% de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico concreto, son las denominadas uveítis idiopáticas.

La uveítis es una enfermedad prevalente en nuestro medio y es la tercera causa de ceguera en los países desarrollados en personas en edad laboral; supone aproximadamente el 10% del total de las causas de pérdida de visión.

Por ello, se propone como proyecto la puesta en marcha de una consulta de estas características en el Hospital San Jorge de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es el manejo integral del paciente con uveítis, creando una consulta multidisciplinar (conjunta de Oftalmología y Medicina Interna).

Los objetivos secundarios son:
- disminuir la demanda de interconsultas a otras especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología, etc).
- establecer protocolos terapéuticos conjuntos para el abordaje multidisciplinar del paciente.
- organización de sesiones multidisciplinarias entre ambos servicios implicados.

MÉTODO
-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis, derivados desde otras consultas de Oftalmología o desde otros Servicios (como interconsulta)
-Realización de 1-2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre uveítis.
-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

INDICADORES

- Número de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de uveítis en el período establecido del proyecto,
- Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)
- Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico (Sí, si se logra; NO en caso contrario)

Otros parámetros evaluables, con más limitaciones:
-Estimación del número de consultas ahorradas.

DURACIÓN

Inicio estimado del proyecto: julio 2017. Período de reclutamiento: 12 meses aproximadamente. Durante este tiempo se atenderá a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado de las pruebas que lo precisen, se realizarán los tratamientos indicados (inmunosupresores y/o biológicos en Hospital de Día, sin necesidad de ingreso) y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES

En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que también reclutemos a pacientes adolescentes, jóvenes y ancianos, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar otras opciones.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLER MACHIN JAVIER
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
GINER MUÑOZ MARIA LUISA
GUTIERREZ RUIZ FERNANDO
MARTINEZ VELEZ MIREYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Búsqueda bibliográfica relacionada.
-Comunicación con el Servicio de Hematología.
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimación.
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma (es decir, en qué casos sí se suspenderán los anticoagulantes antes de la cirugía de la catarata).

Fruto de estas acciones se ha elaborado un protocolo de actuación en cirugía de catarata, consensuado con Anestesia, para proceder en dichas situaciones. Se ha puesto en conocimiento de Lista de Espera Quirúrgica, que ha creado una nueva prestación (código) que indica a los anestesiólogos si deben dar pauta de retirada de anticoagulantes en el momento en que los pacientes son citados en el preoperatorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se planeó comenzar con el programa el 1-9-18, pero no fue hasta el 1-11-18 que se inició la recogida de datos, cuando se subsanaron problemas de coordinación con Anestesia propios de la puesta en marcha de una iniciativa. Se plantea intervenir a los pacientes de catarata sin retirar su medicación anticoagulante en caso de que la tome, siempre y cuando la exploración oftalmológica considere la catarata como no complicada a priori, es decir, exista buena midriasis, no existan otros factores como pseudoexfoliación y/o la dureza de la misma no sea extrema.

Sobre la idea inicial se decidió a posteriori incluir en la base de datos a todos los pacientes que tomaran también también algún antiagregante, con los mismos criterios expuestos anteriormente.

Desde el 1-11-18 hasta el 8-2-19 se han recogido datos de 62 pacientes que toman cualquier anticoagulante y/o antiagregante. De éstos, 24 pacientes toman anticoagulantes (14 pacientes Sintrom, 4 pacientes Xarelto, 4 pacientes Eliquis y 2 pacientes Pradaxa). A su vez, de estos 24 pacientes, 2 de ellos asociaban un anticoagulante y un antiagregante (1 paciente Sintrom y Adiro 100, y 1 paciente Eliquis y Adiro 100). El resto, 38 pacientes, tomaban antiagregantes. De éstos, 26 pacientes tomaban Adiro 100, 6 pacientes Clopidogrel, 3 pacientes Adiro 300, 2 pacientes Tromalyt y 1 paciente Plavix. A su vez, de estos 26 pacientes, 2 de ellos asociaban más de 1 antiagregante (Clopidogrel y Adiro 100).

Los indicadores evaluados para monitorizar el proyecto son:

-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación: 24 pacientes.

-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención: ningún paciente se ha suspendido por este motivo.

-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado): 1 paciente (1,6% del total evaluado) sufrió un sangrado en cámara anterior tras impactar una cánula con iris (tomaba Clopidogrel)

-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados: 1 paciente (1,6% del total evaluado) requirió lavado de cámara anterior y se dejó viscoelástico ante sangrado que no cede (es el mismo paciente comentado en el punto anterior). Preciso volver a quirófano 18 días después para nuevo lavado de cámara anterior, siendo resolutive esta cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados avalan no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma.

Ha sido muy útil en nuestro caso que se involucre el Servicio de Admisión (a través de Lista de Espera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Quirúrgica) en el proceso, para coordinar los Servicios de Oftalmología y Anestesia, aprovechando la consulta preoperatoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/330 ===== ***

Nº de registro: 0330

Título
CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, SOLER MACHIN JAVIER, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, GINER MUÑOZ MARIA LUISA, GUTIERREZ RUIZ FERNANDO, MARTINEZ VELEZ MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente los pacientes que van a ser intervenidos de catarata y que toman por cualquier causa anticoagulantes reciben instrucciones para abandonar dicho tratamiento temporalmente. Existe bibliografía suficiente que avala no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma. Es necesario la colaboración de Hematología, así como que Anestesia conozca y apruebe también la nueva pauta de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos del proyecto:
Realizar la cirugía de catarata con seguridad en pacientes anticoagulados sin retirar dicha medicación.

Población diana: pacientes pendientes de intervención de catarata, independientemente de su edad y/o sexo, que tomen anticoagulantes.

Servicio al que se dirige:
Oftalmología

Otros Servicios implicados:
Hematología y Anestesia

MÉTODO
Las acciones previstas incluyen:
-Búsqueda bibliográfica relacionada.
-Comunicación con el Servicio de Hematología.
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimación.
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma.
-No se requieren recursos materiales adicionales.
-No afecta a la oferta de servicios ofrecidos.

INDICADORES
Los indicadores para monitorizar el proyecto son:
-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación
-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención.
-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado).
-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

DURACIÓN

Se espera comenzar en mayo de 2018 con el proyecto y poder ofrecer resultados al finalizar el año. Si el número de pacientes ofreciese escasa casuística, se ampliaría el plazo unos meses más hasta completar al menos un año.

OBSERVACIONES

Aunque en población diana se pone que va dirigido a ancianos, en realidad va para adultos/ancianos, y en general para todos los pacientes, de cualquier edad, que se intervengan de catarata en nuestro centro y a la vez tomen tratamiento anticoagulante.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0802

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

Fecha de entrada: 01/02/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLER MACHIN JAVIER
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
FERNANDEZ QUISTE RAMON HUMBERTO
GUTIERREZ RUIZ FERNANDO
ESCAR HERNANDEZ YOLANDA
BUISAC LACAMBRA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido:

- Búsqueda bibliográfica relacionada y guías de práctica clínica actualizada (Catarata en el paciente adulto).
- Elaboración de una base de datos en formato excel para anotar los datos.
- Elaboración de una tabla en formato word que recoge las preguntas de la encuesta telefónica que se realiza a la semana de la intervención: ¿ha tenido náuseas?, ¿ha tenido vómitos?, ¿ha tenido dolor?, ¿ha tenido fiebre?, ¿ha sangrado o manchado el apósito?, ¿ha tenido algún problema en la zona de la herida?, ¿ha tenido que ser ingresado? (y en su caso ¿por qué?), ¿ha tenido que acudir a Urgencias? (y en su caso ¿por qué?), ¿ha notado pérdida de visión en estos últimos días?, ¿tiene el ojo más rojo en estos últimos días?, ¿tiene legañas?, ¿entiende bien cómo debe ponerse las gotas?.
- Comunicación del plan a todos los facultativos del Servicio, al personal de enfermería y auxiliar de la sala de cirugía mayor ambulatoria (CMA) del bloque quirúrgico del HSJ y al Servicio de citaciones.
- Desde la sala de CMA, enfermería y/o auxiliar llevan a cabo las encuestas a la semana de la cirugía.
- Las contestaciones se recogen en hojas de papel personalizadas para cada paciente.
- Los resultados se anotan en base excel con periodicidad semanal.
- El Servicio de citaciones cita a los pacientes que lo requieran al día siguiente para ser explorados.

No se han precisado recursos adicionales para iniciar el programa.

El programa comenzó el 1-4-19 y ha terminado el 20-1-20, como estaba previsto inicialmente.

Hasta el 1-10-19 todos los pacientes incluidos en el programa contestaron a las preguntas de la encuesta. A partir de esa fecha y hasta la finalización del proyecto también se incluyeron pacientes intervenidos en actividad de tarde (peonada) que al no pasar por la sala de CMA habitual no fueron registrados. Sin embargo, si la cirugía fue sin complicaciones y en la revisión del día siguiente no había hallazgos que sugirieran otra conducta, también se incluyeron en el programa. Es importante insistir en que en todos los casos los pacientes son advertidos por escrito (en su informe de alta) que si en cualquier momento del postoperatorio presentan dolor, legaña y/o disminución de la agudeza visual recuperada, deben acudir por Urgencias.

Se estimó incluir unos 15 pacientes al mes, en total unos 150 pacientes en los 10 meses de duración del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las doce preguntas están pensadas para que puedan contestarse con un sí o un no. Cualquier pregunta contestada afirmativamente supondrá dar una cita al paciente para explorarlo en 24 horas como máximo. Dicho de otro modo, solo se planteará no revisar hasta el mes si todas las preguntas son contestadas de forma negativa y en la primera revisión (a las 24 horas de la cirugía) no hubo hallazgos que motivasen dar directamente una segunda cita.

- Número de pacientes incluidos en el programa: 116, que supone un 11,6% de las cirugías de la catarata en ese período.
- Número de pacientes que han precisado ser citados en consulta tras la encuesta telefónica de la semana: 2.
- En caso de ser citados, tipo de preguntas que se contestaron afirmativamente (y que motivaron la citación): un caso contestó afirmativamente a la pregunta ¿tiene el ojo más rojo en estos últimos días?, y otro caso contestó afirmativamente cuando se le preguntó ¿tiene legañas?.
- Número de consultas físicas ahorradas en Consultas Externas en el período del proyecto: 114.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de una experiencia piloto en nuestro Servicio, por lo que no se consideró incluir de entrada a todos los pacientes en el programa.

La experiencia ha sido positiva y no se han reportado casos con mala evolución en aquellos seleccionados para el programa. En cualquier caso, todos los pacientes son advertidos por escrito (en su informe de alta) que si

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0802

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

en cualquier momento del postoperatorio presentan dolor, legaña y/o disminución de la agudeza visual recuperada, deben acudir por Urgencias.

Desde el punto de vista organizativo supone un potencial ahorro del número de consultas notable, teniendo en cuenta el número elevado de cirugías de catarata (procedimiento quirúrgico más frecuente en Oftalmología), manteniendo estándares de calidad y seguridad.

Para los pacientes ha supuesto menos desplazamientos, importante sobre todo si tenemos en cuenta que bastantes no viven en la ciudad. Indirectamente se ahorran también ausencias justificadas al trabajo de familiares que deben acompañarlos, ya que la mayoría son personas mayores que no pueden acudir solos.

En el futuro seguiremos aplicando esta fórmula en el seguimiento de los pacientes intervenidos de catarata si el caso es favorable, y se ampliará el número de pacientes que se beneficien del plan. No pensamos aplicarlo a otros procedimientos quirúrgicos de glaucoma y/o retina.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/802 ===== ***

Nº de registro: 0802

Título
COORDINACION ENTRE OFTALMOLOGIA Y ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGIA DE LA CATARATA

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, SOLER MACHIN JAVIER, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, GUTIERREZ RUIZ FERNANDO, ESCAR HERNANDEZ YOLANDA, BUISAC LACAMBRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la cirugía de la catarata el paciente es revisado habitualmente al día siguiente, a la semana y al mes de la intervención, salvo que otras circunstancias adicionales indiquen la necesidad de otras consultas. La Unidad de CMA, por su parte, realiza a todos los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) una encuesta telefónica postintervención a las 24 horas y otra a los 7 días. La idea del proyecto es aprovechar la información obtenida en la segunda encuesta y, en pacientes seleccionados, no revisar al paciente hasta el mes, siempre y cuando en la primera revisión (a las 24 horas de la cirugía) no existan hallazgos que sugieran otra actitud.

En cualquier caso, todos los pacientes son advertidos por escrito (en su informe de alta) que si en cualquier momento del postoperatorio presentan dolor, legaña y/o disminución de la agudeza visual recuperada, deben acudir por Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es reducir el número de consultas físicas relacionadas con el procedimiento de la cirugía de la catarata (el más frecuente en la especialidad de Oftalmología), manteniendo estándares de calidad y seguridad. Por otro lado, el paciente también se ahorra desplazamientos, elemento a tener en cuenta ya que la mayoría de los pacientes son de edad avanzada y requieren ser acompañados por familiares. La población diana son todos los pacientes que sean intervenidos de catarata en nuestro Servicio, independientemente de edad y/o sexo, en el período establecido. Las intervenciones relacionadas con el proyecto las llevará a cabo la Unidad de CMA y el Servicio de Oftalmología. El Servicio de Citaciones recibirá la orden de citar a los pacientes que lo requieran.

MÉTODO
Las acciones previstas en este proyecto son: búsqueda bibliográfica relacionada, elaboración de una base de datos en formato excell para recoger los resultados, reunión con la Unidad de CMA para resolver las preguntas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0802

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

que se harán a los pacientes, comunicar el proyecto al Servicio de Citaciones.

La encuesta telefónica de la semana recogerá los siguientes ítems: ¿ha tenido náuseas?, ¿ha tenido vómitos?, ¿ha tenido dolor?, ¿ha tenido fiebre?, ¿ha sangrado o manchado el apósito?, ¿ha tenido algún problema en la zona de la herida?, ¿ha tenido que ser ingresado? (y en su caso ¿por qué?), ¿ha tenido que acudir a Urgencias? (y en su caso ¿por qué?). Las preguntas que se incluyen además para llevar a cabo el proyecto son: ¿ha notado pérdida de visión en estos últimos días?, ¿tiene el ojo más rojo en estos últimos días?, ¿tiene legañas?, ¿entiende bien cómo debe ponerse las gotas?.

Las doce preguntas están pensadas para que puedan contestarse con un sí o un no. Cualquier pregunta contestada afirmativamente supondrá dar una cita al paciente para explorarlo en 24 horas como máximo. Dicho de otro modo, solo se planteará no revisar hasta el mes si todas las preguntas son contestadas de forma negativa y en la primera revisión (a las 24 horas de la cirugía) no hubo hallazgos que motivasen dar directamente una segunda cita.

Se trata de una experiencia piloto en nuestro Servicio, por lo que no consideramos incluir de entrada a todos los pacientes en el programa. Se estima incluir unos 15 pacientes al mes, en total unos 150 pacientes en los 10 meses de duración del proyecto. En función de los resultados que se vayan obteniendo se podría plantear ampliar este número.

INDICADORES

Indicadores:

- Número de pacientes incluidos en el programa (porcentaje que supone del total de cirugías de catarata)
- Número de pacientes que han precisado ser citados en consulta tras la encuesta telefónica de la semana.
- En caso de ser citados, tipo de preguntas que se contestaron afirmativamente (y que motivaron la citación).
- Número de consultas físicas ahorradas en Consultas Externas.

DURACIÓN

En la segunda quincena de marzo de 2019 se realizará búsqueda bibliográfica relacionada, se coordinará con la Unidad de CMA las preguntas a realizar a los pacientes, se confeccionará una base de datos y se comunicará el proceso al Servicio de Citaciones. Estas acciones las realizará el responsable del proyecto.

A partir del 1 de abril de 2019 se implementará el programa en el Servicio. Se prevé una duración de 10 meses. Los resultados se estudiarán en febrero de 2020 y se hará la pertinente memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MIRIAN ARA GABARRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
SOLER MACHIN JAVIER
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
DE LEON MONZON LUIS PEDRO
ESCAR HERNANDEZ YOLANDA
BUISAC LACAMBRA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido:

- Búsqueda bibliográfica relacionada, si bien no hemos hallado artículos que contemplen actuaciones previas similares a la planteada en nuestro proyecto.
- Confección de documento en formato word (una tabla) donde existen casillas para marcar el consumo de los siguientes colirios y/o pomadas: fluoresceína, anestésico doble, lidocaína, pred-forte, dexametasona, tobradex, diclofenaco, fenilefrina 10%, tropicamida, ciclopléjico 1%, atropina 1%, pilocarpina, tobrex, oftacilox, vigamox, timoftol 0,50%, trusopt, iopimax, antiedema, pomada antiedema, pomada prednisona-neomicina, tobrex ungüento oftálmico, pomada aureomicina, methocel 2%. Las tablas se repartieron en 5 consultas (consultas externas del HSJ), en la consulta de Oftalmología del Hospital Provincial (ambulatorio) y en la sala de CMA del bloque quirúrgico del HSJ. Las tablas se recogieron cada mes. No se ha tenido en cuenta el consumo en Hospital de Jaca.
- Confección de una base de datos en formato excel para anotar resultados.
- Comunicación del plan a todos los miembros del Servicio: médicos, enfermería y personal auxiliar, para que se anote el consumo de colirios en cada consulta y en el bloque quirúrgico (en la sala de CMA).
- Recogida de datos de forma mensual (en lugar de semanal, como se planeó inicialmente).

No se ha desglosado consumo de colirios por consultas y por bloque quirúrgico, como se planeó inicialmente, por logística (pacientes intervenidos a los que se les suministran los colirios en consulta al día siguiente, en realidad su consumo habría que atribuirlo a quirófano en lugar de consulta; otro ejemplo cuando se ha aplicado el proyecto en el día a día: se apuntan colirios que han sido utilizados en otra consulta en otra hoja, si se "ha olvidado" de hacerlo en ese momento). Por motivos prácticos se ha hecho el cómputo global por tipo de colirios y en cada mes, pero no se ha desglosado por consultas o por actividad quirúrgica.

El proyecto comenzó el 1 de abril de 2019 y se recogieron datos hasta el 15 de enero de 2020, es decir, nueve meses y medio.

No se han precisado recursos materiales adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de colirios usados en total: 3076 unidades.
- Desglosado por producto concreto: fluoresceína 497, anestésico doble 54, lidocaína 1, pred-forte 2, dexametasona 1, tobradex 832, diclofenaco 768, fenilefrina 10% 177, tropicamida 268, ciclopléjico 1% 82, atropina 1% 20, pilocarpina 4, tobrex 29, oftacilox 3, vigamox 7, timoftol 0,50% 0, trusopt 1, iopimax 10, antiedema 189, pomada antiedema 24, pomada prednisona-neomicina 79, tobrex ungüento oftálmico 17, pomada aureomicina 0, methocel 2% 11 (el número detrás de cada producto se refiere al número de unidades de cada uno).
- Número de colirios usados en área quirúrgica: 55% de los colirios utilizados.
- Número de colirios usados en consultas externas: 45% de los colirios utilizados.
- Se dan porcentajes en estos dos últimos indicadores por motivos expuestos en párrafos anteriores (no se desglosó consumo por consulta y área quirúrgica). Sin embargo, sumando las unidades de tobradex, diclofenaco y antiedema, los que más se han dado en área quirúrgica (por cirugía de catarata) se pueden aproximar notablemente los porcentajes a los ofrecidos en este proyecto.
- Distribución según grupos farmacológicos:
 - anestésicos: 552 unidades.
 - midriáticos: 547 unidades
 - antibióticos: 56 unidades
 - antiinflamatorios: 1682 unidades (se han incluido aquí tobradex y pomada de prednisona-neomicina, en lugar de hacerlo en el grupo de antibióticos)
 - otros (que incluyen hipotensores, mióticos, antiedema y pomada antiedema, methocel): 239 unidades.

Solo entre dos productos, tobradex y diclofenaco (los que más usamos en el postoperatorio de la cirugía de la catarata, el procedimiento quirúrgico más frecuente), suponen 1600 unidades. es decir, el 52,01% del total en dicho período.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

-Distribución de consumo total por meses:
-abril 394, mayo 435, junio 369, julio 194, agosto 119, septiembre 361, octubre 455, noviembre 410, diciembre 228, enero (hasta el 15-1-20) 111.
(el número detrás de cada mes se refiere al número de unidades totales consumidas en cada uno).
El mes de menor consumo fue agosto (119) y el de mayor consumo fue octubre (455).
La distribución de cada tipo de colirios en cada mes, que también se ha cuantificado, ha estado compensada en todos los meses, con porcentajes de consumo similares en cada uno de ellos, acorde con los porcentajes finales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Somos conscientes de que se trata de una aproximación al consumo real realizado y que no son cifras exactas, por el volumen de consultas diario principalmente (ha resultado más sencillo medirlo en bloque quirúrgico). Sin embargo, el trabajo realizado permite hacernos una idea clara del consumo de colirios / pomadas en nuestro Servicio. En todo caso, debemos insistir en que son cifras a la baja sin duda, es decir, el consumo real ha sido algo mayor.
Son cifras que deben ponerse en el contexto de la actividad realizada en un Servicio de tamaño mediano (6 consultas y 1 quirófano diario), con una plantilla de 8-9 oftalmólogos en el período del proyecto.
Nos ha parecido interesante observar estas cifras de consumo, que confirman cifras elevadas de gasto en este apartado (si bien no es objeto de este proyecto traducir las unidades en coste monetario).
Observamos que tobradex y diclofenaco, en nuestro centro, son los más solicitados, algo que puede importar de cara a tener el stock necesario para cubrir la demanda.
Otra utilidad potencial de este proyecto es conocer mejor a qué ritmo se consumen los colirios (recogida de datos mensuales) para gestionar de la mejor forma posible la compra a las diferentes casas comerciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/851 ===== ***

Nº de registro: 0851

Título
CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ARA GABARRE MIRIAN, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, SOLER MACHIN JAVIER, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, DE LEON MONZON LUIS PEDRO, ESCAR HERNANDEZ YOLANDA, BUISAC LACAMBRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la práctica clínica diaria oftalmológica se utilizan colirios para facilitar la exploración de la superficie corneal, toma de presión intraocular, exploración de fondo de ojo, etc. El consumo de todos los tipos de colirio en global es elevado, teniendo en cuenta el volumen de pacientes que se visita a diario y el número de consultas abierto. Los profesionales intuimos un consumo elevado, pero no hemos reparado en cuantificarlo con cierta precisión. Si bien los responsables del gasto conocen las cifras, nos ha parecido interesante observar este apartado.
También en quirófano se consumen colirios, tanto para preparar a los pacientes para las intervenciones como los que a menudo se dan al paciente en el postoperatorio inmediato.
Intentaremos aproximar el consumo de unidades de colirios en consultas y en área quirúrgica, ya que somos conscientes de la dificultad de hacer un recuento exacto. En definitiva solo tendremos en cuenta el consumo a nivel hospitalario en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge, obviando el gasto por recetas médicas u órdenes de dispensación.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Cuantificar el número de unidades de colirios utilizadas el nuestro Servicio, tanto en consultas externas como en área quirúrgica.
Distribución del consumo según grupos farmacológicos (colirios anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

Se vincula el proyecto a la práctica clínica diaria del Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge.

MÉTODO

Las actividades previstas son: búsqueda bibliográfica relacionada, confección de una base de datos en formato excel para recoger resultados, comunicación del plan a todos los miembros del Servicio: médicos, enfermería, personal auxiliar, para que se tenga en cuenta anotar el consumo en cada consulta y en bloque quirúrgico. Se plantea recoger los datos de forma semanal. No se precisan recursos materiales adicionales en este caso. No se prevé cambios en la oferta de servicios derivado del resultado del estudio. A priori se trata de conocer un dato más de nuestra actividad diaria en el que no solemos reparar los profesionales.

INDICADORES

Número de colirios usados en Consultas Externas
Número de colirios usados en área quirúrgica
Distribución según grupos farmacológicos (anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

DURACIÓN

El proyecto comenzará el 1 de abril de 2019. Se prolongará durante 10 meses. En febrero de 2020 se hará recuento definitivo y se presentarán resultados en la memoria pertinente. Cada uno de los componentes del equipo se ocupará de recoger los datos de consumo de la consulta en la que están habitualmente. El responsable del proyecto recogerá también los datos del consumo de colirios en área quirúrgica, además de confeccionar la base de datos del estudio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1517

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ALEXIA FERNANDEZ RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADANI PEREZ JULIA
MILLASTRE BOCOS ESTHER
GROS SANAGUSTIN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la revisión bibliográfica y según ficha técnica de las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamientos oncológicos aprobados en la actualidad en el España.
Se ha redactado un nuevo documento de consentimiento informado para la administración de tratamiento oncológico, revisado por el equipo médico de la Unidad clínica de oncología, enfermería, y farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprobación del documento de consentimiento por la comisión de documentación clínica del centro hospitalario.
Firma de dos copias del nuevo documento de consentimiento informado previas al inicio del tratamiento oncológico por parte del paciente y médico prescriptor del tratamiento, independientemente de la línea y esquema iniciados.
Posteriormente entrega al paciente de una de las dos copias firmadas del documento de consentimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han llevado a cabo todos los objetivos propuestos en el proyecto, consiguiendo la optimización y actualización del documento de consentimiento informado que reciben los pacientes previo a recibir tratamiento oncológico especificándose las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamientos utilizados en la actualidad.
Además se entrega una copia del nuevo consentimiento informado al paciente especificando el diagnóstico oncológico, el tratamiento que inicia y las principales toxicidades derivadas de este para su revisión y consulta tanto por parte del paciente como por otros profesionales sanitarios que lo requieran (atención primaria, servicio de urgencias, etc)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1517 ===== ***

Nº de registro: 1517

Título
OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Autores:
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, MADANI PEREZ JULIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, ESCOLANO PUEYO ANGEL, GROS SANAGUSTIN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la aprobación de nuevos tratamientos oncológicos, como agentes biológicos e inmunoterápicos, con un espectro de toxicidad totalmente diferente al de la quimioterapia convencional surge la necesidad de modificar y renovar el documento de consentimiento informado el tratamiento de los pacientes oncológicos. De esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1517

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

forma, además de mejorar la información aportada al paciente sería de utilidad para la colaboración y el control sintomático por parte de atención primaria o los servicios de urgencias con el fin de mejorar la asistencia a este perfil de pacientes de difícil manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimización del documento de consentimiento informado dirigido a todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna candidatos a administración de tratamiento oncológico oral o intravenoso por parte del servicio de oncología médica.

Actualización con firma de nuevo consentimiento informado al inicio de cada línea de tratamiento y se entregará copia especificando el esquema de tratamiento para disposición del paciente y su médico de atención primaria.

MÉTODO

Revisión bibliográfica y en ficha técnica de las toxicidades más frecuentes de los tratamientos oncológicos aprobados actualmente.

Redacción del nuevo documento de consentimiento informado.

Reunión con farmacia y enfermería para revisión y modificación del consentimiento informado.

Envío para valoración y aprobación por la Comisión de documentación clínica.

Sustitución del antiguo documento e inicio de entrega de dos copias firmadas del nuevo consentimiento informado a todos los pacientes que inicien un nuevo tratamiento oncológico.

INDICADORES

A FECHA 30/11/18: Aprobación del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico por la Comisión de Documentación Clínica.

A FECHA 1/12/18: Entrega del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico al 100% de los pacientes que inician nuevo esquema de tratamiento, independientemente de la línea que comiencen.

DURACIÓN

1/7/2018 - 30/9/2018: Revisión bibliográfica y ficha técnica de toxicidad de los tratamientos oncológicos.

1/10/2018 - 1/11/2018: Reunión con farmacia y enfermería para su revisión y modificación.

1/11/2018 - 30/11/2018: Envío y aprobación por la Comisión de Documentación Clínica.

Desde el 1/12/2018: Sustitución del anterior y entrega del nuevo consentimiento informado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE JULIA MADANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ RUIZ ALEXIA
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
MILLASTRE BOCOS ESTHER
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
MATAS PALOMARES OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Entre los meses de Julio 2018 y Octubre 2018 se realizó por parte del oncólogo una revisión y actualización de los protocolos de administración de tratamiento de los tumores digestivos de origen colorrectal así como de los tumores ginecológicos adecuándolos a las guías NCCN 2018 y últimas aprobaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps).

2. A lo largo de Noviembre 2018 y Diciembre 2018 se completó por parte del oncólogo la actualización de esquemas de tratamiento del resto de tumores: mama, pulmón, cabeza y cuello, tumores cutáneos y tumores urológicos.

3. A su vez se revisó la premedicación de dichos esquemas terapéuticos adecuándolos a las últimas guías para la prevención de náuseas y vómitos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) publicadas en 2016.

4. Se realizó un documento Word para cada tipo de tumor con sus correspondientes esquemas de tratamiento y premedicaciones actualizadas tanto para enfermedad localizada como diseminada.

5. Se realizó una puesta en común con el Servicio de Farmacia y enfermería por un lado en Octubre 2018 con la primera parte de los protocolos revisados y en Diciembre 2018 con la segunda parte actualizada.

6. En Enero 2019 puesta en marcha del proyecto con la actualización paulatina por parte del Servicio de Farmacia de los esquemas terapéuticos en el programa informático Farmis - Oncofarm 3.0 ®

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ELIMINADOS : 36,89 %
- Fórmula : N° de esquemas eliminados x 100/ N° total de esquemas previos a la actualización
 $107 \times 100 / 290 = 36,89 \%$
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : > 30 %

2. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS NUEVOS : 27,66%
- Fórmula : N° de esquemas nuevos x 100/ N° total de esquemas tras la actualización
 $70 \times 100 / 253 = 27,66\%$
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : 30 %

3. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS EN LOS QUE SE MODIFICA LA PREMEDICACIÓN: 100%
- Fórmula : N° de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación x 100 / N° total de esquemas terapéuticos
 $253 \times 100 / 253 = 100\%$
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : > 75 %

4. REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PREMEDICACIÓN: 20 minutos.
- Fórmula: Tiempo de estancia en Hospital de Día de Oncología para la administración de la premedicación antes de la actualización - Tiempo de estancia después de la actualización : 45 minutos - 25 minutos : 20 minutos.
- Fuente : Programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : 20 minutos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la revisión de los esquemas terapéuticos, al introducir nuevas terapias acordes con las últimas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

aprobaciones y al eliminar aquellos esquemas fuera de práctica clínica, hemos cumplido uno de los objetivos de nuestro proyecto que era optimizar la calidad de la atención en la consulta de Oncología Médica.

Otro objetivo cumplido es que al reducir el número de fármacos administrados como premedicación se ha conseguido disminuir el tiempo de estancia en Hospital de Día en aproximadamente 20 minutos por paciente.

En el momento inicial se planteo como indicador el número de pacientes por día a los que se administra tratamiento antes y después de las modificaciones. Con la actualización de la premedicación ganamos una media de tres horas al día en Hospital de Día de Oncología que se pueden ocupar tanto para la administración de quimioterapia de corta duración como de terapias de soporte (por ejemplo hierro intravenoso). Pero no siempre las tres horas equivalen a 3 tratamientos (pacientes). El número de pacientes viene limitado por el tiempo que se tarda en validar el tratamiento, preparar la medicación o por el tiempo de infusión del fármaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1519 ===== ***

Nº de registro: 1519

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS : QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Autores:
MADANI PEREZ JULIA, FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, MATAS PALOMARES OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Oncología, los avances en el tratamiento que se han venido desarrollando en las últimas décadas han supuesto un cambio en las posibilidades de curación y en los tiempos de supervivencia de muchos tipos de cáncer. La complejidad creciente de los tratamientos oncológicos (quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inhibidores tirosín-quinasa, inmunoterapia y combinaciones de ellos) hace imprescindible no sólo una revisión sino también una actualización de los protocolos de administración de dichas terapias. Todo ello resulta útil para optimizar tanto la atención inicial en la consulta como durante la administración de tratamiento oncológico en el hospital de día.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisión de la premedicación de todos los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea:

- Adecuarla a las últimas guías clínicas de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) para la prevención de náuseas y vómitos.
- Disminuir el número de fármacos administrados como premedicación en esquemas seleccionados de quimioterapia, anticuerpos monoclonales e inmunoterapia.
- Disminuir tiempo de estancia en hospital de día.

Revisión y actualización de los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea :

- Introducir nuevas terapias acorde con las últimas aprobaciones.
- Eliminar aquellos esquemas terapéuticos que han quedado fuera de la práctica clínica actual.
- Optimizar la calidad de la atención en la consulta de oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

MÉTODO

En primer lugar se realizará por parte del oncólogo una revisión progresiva de los protocolos de administración de tratamiento oncológico según patología : digestivo colorrectal, digestivo no colorrectal, tumores ginecológicos, mama, pulmón, tumores cutáneos, cabeza y cuello, sarcomas y tumores urológicos.

En segundo lugar se hará una puesta en común con el servicio de farmacia y con enfermería para mejoras y modificaciones.

Por último lugar un farmacéutico introducirá y actualizará de manera paulatina los protocolos en el programa informático Farmis para su posterior puesta en marcha.

INDICADORES

Número de esquemas terapéuticos nuevos introducidos respecto al total.

Número de esquemas terapéuticos eliminados respecto al total.

Número de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación respecto al total.

Tiempo de estancia en el hospital de día para la administración de terapia oncológica antes y después de la modificación de los esquemas de premedicación.

Número de pacientes por día a los que se administra tratamiento por parte de la unidad de oncología antes y después de revisar los protocolos terapéuticos.

DURACIÓN

Revisión y actualización de los protocolos entre los meses de Julio a Octubre.

Puesta en común de los protocolos actualizados con el servicio de farmacia e incorporación paulatina en el programa informático Farmis durante Noviembre - Diciembre.

Puesta en marcha del proyecto en Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0353

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JULIA MADANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAVENTOS TATO RUT
ABAD RUBIO CRISTINA
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER
FUERTES NEGRO BEGOÑA
GONZALEZ GAMBAU JORGE
CORRAL DELGADO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.El 11 de Febrero de 2019 se constituye el Comité de Tumores Ginecológicos del Hospital San Jorge de Huesca. Formado por dos Ginecólogas (presidenta y secretaria), una Oncólogo Médico, una Oncólogo Radioterapeuta, dos Patólogos y un Radiólogo (vocales).

2.Se establece un plan de dos reuniones al mes con una frecuencia quincenal que se llevan a cabo los lunes a las 13:30 horas en el Aula del Servicio de Ginecología (2ª planta del Hospital San Jorge).

3.Desde Febrero 2019 se han valorado todos los nuevos casos de cáncer ginecológico diagnosticados en nuestro centro y se ha establecido un plan diagnóstico-terapéutico.

4.Desde Febrero 2019 se han valorado aquellas pacientes que una vez finalizado el tratamiento (quirúrgico, quimioterapia, radioterapia o combinación) presentan algún tipo de complicación para establecer un plan diagnóstico-terapéutico y de seguimiento conjunto.

5. Se ha elaborado una base de datos (hoja de registro Excel) para recoger los casos comentados en el Comité.

6. Cada día del Comité se registran los miembros que asisten al mismo.

7. Para cada paciente comentada se refleja en la Historia Clínica la decisión adoptada por el Comité.

8.En Mayo 2019 se elaboró de manera conjunta por parte del Servicio de Oncología y Ginecología un Protocolo Asistencial para el Manejo Integral del Carcinoma de Cuello Uterino. Ratificado por el Comité de Tumores Ginecológicos y Aprobado por la Dirección del Centro en Junio 2019.

9. En Mayo 2019 se elaboró de manera conjunta por parte del Servicio de Oncología y Ginecología un Protocolo Asistencial para el Manejo Integral del Carcinoma de Endometrio. Ratificado por el Comité de Tumores Ginecológicos (Junio 2019) y Aprobado por la Dirección del Centro (Septiembre 2019).

10. En Julio 2019 se elaboró de manera conjunta por parte del Servicio de Oncología, Ginecología y Anatomía Patológica un Protocolo Asistencial para el Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma de Ovario, Trompa y Peritoneal Primario. Ratificado por el Comité de Tumores Ginecológicos (Agosto 2019) y Aprobado por la Dirección del Centro (Septiembre 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. SESIONES EFECTUADAS POR MES : 1,82

Fórmula: Número total de sesiones efectuadas /Número total de meses = 20/11 =1,82

Fuente: Hoja de registro

Estándar: 2

2.CASOS VALORADOS POR MES : 6,81

Fórmula: Número total de casos valorados / Número total de meses=75/11=6,81

Fuente: Base de datos (Excel)

Estándar: 6

3.PACIENTES DIFERENTES VALORADOS POR MES : 4,82

Fórmula: Número total de pacientes diferentes valorados / Número total de meses=53/11=4,82

Fuente: Base de datos (Excel)

Estándar: 5

4. ÍNDICE DE ROTACIÓN: refleja el número de veces que un mismo paciente es evaluado en el comité: 1,41

Fórmula: Casos/Pacientes valorados =75/53=1,41

Fuente: Base de datos (Excel)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0353

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS

Estandar: 1,5

5. MIEMBROS ASISTENTES AL COMITÉ POR SESIÓN : 4,05

Fórmula: Número total de asistentes al Comité /Número total de sesiones =81/20=4,05

Fuente: Hoja de registro

Estandar: 4

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con las actividades realizadas a lo largo del año 2019 hemos cumplido los objetivos que nos marcamos con la puesta en marcha del Comité de Tumores Ginecológicos. Hemos establecido una mejor comunicación entre todas las especialidades implicadas en el manejo de tumores ginecológicos que nos ha permitido consensuar la toma de decisiones a lo largo del proceso diagnóstico - terapéutico, además de establecer un plan de derivación más precoz y así acortar tiempos de demora. En definitiva mejorar la calidad asistencial de las pacientes.

El número de sesiones efectuadas por mes ha sido ligeramente menor al estándar ya que en los meses de verano realizamos una única sesión debido al menor número de casos a valorar en esas fechas y las vacaciones.

Nos ha quedado pendiente registrar también en la Historia Clínica Electrónica las decisiones del Comité. Está previsto comenzar a hacerlo en este nuevo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/353 ===== ***

Nº de registro: 0353

Título
CREACION DE UN COMITE MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLOGICOS

Autores:
MADANI PEREZ JULIA, RAVENTOS TATO RUT, ABAD RUBIO CRISTINA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, CORRAL DELGADO SARA, GONZALEZ GAMBAU JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención multidisciplinar es el sello de la atención oncológica de calidad y el elemento esencial es el Comité de Tumores.
Su finalidad primordial consiste en asegurar el diagnóstico completo y el tratamiento integrado para cada tipo de neoplasia lo que supone aplicar una metodología científica que evite la subjetividad del médico aislado.
Desde el punto de vista de gestión de recursos sanitarios el trabajo mediante Comité de Tumores proporciona un uso más económico y racional de aquellos. El trabajo simultáneo de los diferentes especialistas permite compartir el mismo tiempo médico para el conocimiento del caso y la toma de decisiones que conlleva.
Las diferentes combinaciones de los tratamientos quimioterápicos, radioterápicos y quirúrgicos son la base del tratamiento oncológico de muchas de las pacientes con neoplasias ginecológicas. Lo que conlleva que el manejo de los tumores ginecológicos sea complejo e implique la interacción de múltiples especialistas (ginecólogo, oncólogo, radioterapeuta, patólogo, radiólogo) a lo largo del proceso asistencial. Esto hace necesario el establecimiento de foros de evaluación, discusión y organización de los casos. Eso es justamente el Comité de Tumores.

RESULTADOS ESPERADOS
La puesta en marcha en nuestro centro de un Comité Multidisciplinar en Tumores Ginecológicos tiene como objetivos:
Mejorar la comunicación entre profesionales
Facilitar la planificación de tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0353

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS

Mejorar la toma de decisiones
Establecer un plan estructurado de seguimiento
Reducir tiempos de demora
Alcanzar patrones de derivación precoces
Mejorar la exhaustividad del registro de tumores ginecológicos
Funcionar como grupo de mejora de calidad

MÉTODO

1. Convocar una sesión quincenal para valoración de todos los casos de tumores ginecológicos diagnosticados en nuestro centro.
2. Elaborar una base de datos que sirva como registro de todos los casos diagnosticados: tumores de ovario, endometrio y cuello uterino.
3. Reflejar en la Historia Clínica la decisión terapéutica adoptada.
4. Elaborar protocolos diagnóstico - terapéuticos para cada neoplasia ginecológica.

INDICADORES

1. SESIONES EFECTUADAS POR MES

Fórmula : Número de sesiones efectuadas cada mes / número total de meses

Fuente : Hoja de registro

Estándar : 2

2. CASOS VALORADOS POR MES

Fórmula : Número de casos valorados cada mes / número total de meses

Fuente : Base de datos

Estándar : 6

3. PACIENTES DIFERENTES VALORADOS POR MES

Fórmula : Número de pacientes diferentes valorados cada mes / número total de meses

Fuente : Base de datos

Estándar : 5

4. ÍNDICE DE ROTACIÓN: refleja el número de veces que un mismo paciente es evaluado en el Comité

Fórmula : Casos / pacientes valorados.

Fuente : Base de datos

Estándar : 1,5

5. MIEMBROS ASISTENTES AL COMITÉ POR SESIÓN

Fórmula : Número de asistentes al comité por sesión/ número total de sesiones

Fuente: Hoja de registro

Estándar: 4

DURACIÓN

1. En Enero 2019 constituir el Comité de Tumores formado por Oncología Médica, Ginecología, Radioterapia, Anatomía Patológica y Radiología.
2. Fijar periodicidad de las sesiones, hora y día de la semana.
3. En Febrero 2019 puesta en marcha del comité, fijando una sesión cada 15 días.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE SILVIA HERRERA TOLOSANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL
LAGUNA CALLAU GENOVEVA
FONTANA CALVO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El volante de derivación o la hoja de consulta resulta insuficiente para la derivación de pacientes con patología de la voz.

Las nuevas tecnologías hacen posible compartir imágenes con los Logopedas que físicamente realizan su trabajo en otro centro hospitalario.

Se procede a la grabación de las exploraciones realizadas mediante fibrolaringoscopia y laringoscopia rígido para remitirlas en la carpeta compartida a logopedia de los pacientes que se van a enviar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la comunicación entre ambas partes (Otorrino y Logopeda) sobre patologías a tratar
Mejorar el tratamiento de los pacientes que son remitidos a logopedia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Información directa por ambas partes, se ha mejorado la comunicación bidireccional
- Se objetiva la necesidad de la colaboración con el servicio de informática

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/89 ===== ***

Nº de registro: 0089

Título
IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

Autores:
LOPEZ VAZQUEZ ANDRES, ESCOLAN GELOS ANGEL, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL, CHARTE GASCON MARTA, LACAMBRA SANTOS EVA, EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO, VIBAN FORTUNY JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA VOZ
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los trastornos relacionados con la voz son muy frecuentes en la Consulta de Otorrinolaringología (ORL). Existen muy diversas causas tanto funcionales u orgánicas que pueden ocasionar cambios en la calidad de la voz de los pacientes.

Para la correcta exploración y tratamiento de los pacientes es necesario una relación estrecha entre los otorrinolaringólogos encargados de los pacientes con trastornos vocales y los rehabilitadores de la voz o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

logopedas.

En el Sector de Huesca, los hospitales donde trabajan los Servicios de ORL y LOGOPEDIA están separados físicamente y por tanto, se dificulta la atención de los pacientes. Los pacientes son derivados mediante Hojas de Consulta con una descripción somera del estado de la laringe del paciente a rehabilitar pero en el Servicio de Logopedia no pueden valorar las imágenes ni las grabaciones de la laringe. Junto con el Servicio de Informática del Hospital se propone crear una carpeta de documentos compartidos en la que los profesionales tanto de ORL como de Logopedia puedan incluir los informes pertinentes y las grabaciones de la laringe del paciente a rehabilitar. Posteriormente los resultados del análisis acústico de la voz por parte de Logopedia podrán colgarse en esa misma carpeta de documentos compartidos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en la calidad, satisfacción y en la atención al paciente con patología de la voz.
Coordinación y comunicación directa entre los Servicios encargados de la patología de la voz, el Servicio de Logopedia puede ver "in situ" la imagen laríngea y la patología a rehabilitar
Estudios a largo plazo de las imágenes y el análisis acústico de la voz antes y después del tratamiento rehabilitador creando una base de datos para estos pacientes y dividida por patologías.
Crear un protocolo de actuación ante el paciente de la voz con áreas definidas entre los Servicios sin duplicar exploraciones.

MÉTODO

Creación, por parte del Servicio de Informática una carpeta de documentos compartidos en las que se incluirán subcarpetas con el número de historia del paciente explorado. Esas subcarpetas contendrán imágenes grabadas de la patología laríngea por parte del Servicio de ORL y análisis acústico de la voz por parte del Servicio de Logopedia.
Creación de una base de datos de los pacientes rehabilitados con la que se obtendrán resultados estadísticos para posteriores publicaciones e intraservicio observando dónde se puede mejorar (estudios por patologías : disfonía tras tiroidectomía, postoperados con intubación orotraqueal, patología orgánica quirúrgica de las cuerdas vocales como nódulos, edemas, carcinomas...)
Encuesta de satisfacción a los pacientes rehabilitados
Facilitar el trabajo aumentando la calidad del Servicio multidisciplinar en pacientes con patología vocal.

INDICADORES

- CREACION DE CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS SI/NO
- DERIVACIÓN A LOGOPEDIA CON DOCUMENTO INSERTADO EN LA CARPETA DESDE OTORRINOLARINGOLOGÍA. > al 50%

DURACIÓN

Desde Diciembre de 2016 a Junio de 2017. Revisión de los datos en esa fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

1. TÍTULO

INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA HERRERA TOLOSANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica.
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
- Se le ha entregado el informe SI / NO
- Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-% de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe: standard marcado 90 %, alcanzado 75%
-% pacientes que consideran útil la información : 100 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes se encuentran muy satisfechos de acudir al audioprotésita con un informe elaborado por su médico otorrinolaringólogo responsable, en el que indique su patología las pruebas realizadas y sus resultados. Los audioprotésitas valoran positivamente esta información valiosa del paciente, que mejora la calidad de su adaptación protésica posterior. Como lecciones aprendidas al evaluarla es que no todos los profesionales del servicio entregamos el informe y que hay que hacer un esfuerzo porque todos los pacientes se vayan con el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1567 ===== ***

Nº de registro: 1567

Título
INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Autores:
HERRERA TOLOSANA SILVIA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los especialistas en Otorrinolaringología realizamos la prescripción de las prótesis auditivas y son

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

1. TÍTULO

INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACION AUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

finalmente los audioprotesistas quienes realizan la adaptación de los pacientes.
La correcta adaptación depende en gran medida de la información de la que dispongan en los gabinetes de audioprótesis, conocimiento de patologías concomitantes, antecedentes quirúrgicos y otoscopia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir la unificación y precisión de la información que se proporciona a los pacientes que precisan una adaptación protésica.
- Entregar un informe para que los pacientes dispongan de toda la información para entregar a los audipotesistas para la adaptación de las prótesis auditivas más adecuadas a sus necesidades
- Alcanzar una mayor seguridad y calidad en la adaptación protésica

MÉTODO

- Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
- Se le ha entregado el informe SI / NO
- Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante / indiferente / poco / nada
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante / indiferente / poco / nada

INDICADORES

- % de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe (>=90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN

- Elaboración del informe: antes del 15 de septiembre
- Entrega del informe y encuesta: desde 15 septiembre. Las encuestas se entregarán en las sucesivas consultas.
- Análisis de resultados provisionales: A los 3 meses del inicio de las actividades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GASCON RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa standar: 90 %, alcanzado : 90%
- % pacientes que consideran útil la información: standar 90 %, alcanzado:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes encuentran útil la información aportada, con bastante grado de satisfacción, ya que les da seguridad al conocer su proceso durante el ingreso y donde acudir a pedir información si durante el pase de planta no ha podido estar el acompañante o surgen dudas después.
Conclusión: Tenemos que intentar que al 100% de los pacientes se les entregue la hoja informativa, implicando a otros estamentos de la atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1568 ===== ***

Nº de registro: 1568

Título
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Autores:
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención. La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

MÉTODO

- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

INDICADORES

- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN

- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante
- Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GASCON RUBIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención.

La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

El objetivo del proyecto es aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

Se implica a los profesionales de enfermería, que son quienes entregan la hoja informativa y la encuesta de satisfacción, desde septiembre de 2018. Y la supervisora de nuestra planta la que se encarga de que siempre haya hojas disponibles y se le entreguen a los pacientes al ingreso.

- Entrega de la hoja informativa al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A los 3 meses evaluamos los siguientes indicadores.
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (90%)
- % pacientes que consideran útil la información (100%)

Al año de implantación, evaluamos los siguientes indicadores:

- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (95%)
- % pacientes que consideran útil la información (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes encuentran útil la información aportada, con bastante grado de satisfacción, ya que les da seguridad al conocer su proceso durante el ingreso y donde acudir a pedir información si durante el pase de planta no ha podido estar el acompañante o surgen dudas después.

Los profesionales que integramos este equipo de mejora encontramos muy satisfactorio que los pacientes y sus familiares y acompañantes tengan la información que les aportamos, para que sepan como va a ser su proceso asistencial y a donde y en qué momento acudir para información complementaria.

Evaluando la información que les aportamos, se ha ido mejorando la misma, y así hemos incluido alguna información complementaria sobre dónde solicitar la baja en caso de necesidad y cómo contactar con la trabajadora social en caso de necesidad.

7. OBSERVACIONES.

Desde el Servicio de ORL queremos cambiar a el responsable de este proyecto, ya que la compañera, M. Cristina Gascón Rubio, ya no pertenece al Servicio de ORL del H. San Jorge de Huesca, ahora trabaja en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza.

Queríamos que la responsable del proyecto ahora fuese Silvia Herrera Tolosana, FEA del HS Jorge (Huesca), con DNI 18048839A y correo electrónico: silviaherrera@hotmail.com. Gracias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1568 ===== ***

Nº de registro: 1568

Título
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Autores:
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención. La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

MÉTODO
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

INDICADORES
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN
- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante
-Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1240

1. TÍTULO

REVISIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL FONTANA CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCOLAN GELOS ANGEL
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de mayo, junio y septiembre se celebraron cinco sesiones con el equipo de trabajo. Tras una revisión de nuestra actuación en la planta de hospitalización para el cuidado del estoma traqueal y la bibliografía actualizada disponible, se discutieron especialmente dos puntos concretos:

- La instilación rutinaria de suero con mucolítico por el estoma de los pacientes traqueotomizados / laringectomizados en cada turno de enfermería, además de si hay demanda en este sentido por parte del paciente.
- La aspiración de las secreciones: indicación y técnica utilizada

La bibliografía mostró falta de evidencia respecto a la utilidad del uso de soluciones salinas instiladas por el traqueostoma antes de la aspiración para eliminar mayor cantidad de secreciones. Se sugiere utilizar mucolíticos y nebulizaciones.

En cuanto a la aspiración, esta se considera un procedimiento invasivo que se ha asociado a riesgo de hemorragia, infección, atelectasia, hipoxemia, inestabilidad cardiopulmonar, aumento de la presión intracraneal y lesiones de la mucosa traqueal. Debe realizarse en función de la evaluación del paciente respecto a la presencia de secreciones, la cantidad y viscosidad del moco, el rendimiento neurológico y muscular y la presencia de los reflejos de tos activos. No debe realizarse de forma rutinaria ya que el hacerlo según necesidad, se asocia con menos efectos adversos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha redactado un protocolo de cuidados del estoma traqueal dirigido al personal de enfermería de la planta de hospitalización.

Este protocolo se ha aplicado a todos los enfermos ingresados en la planta de hospitalización de otorrinolaringología portadores de un estoma traqueal (traqueotomía / laringectomía total) durante el periodo comprendido entre octubre-2019 y enero-2020 (100%). (Fuente: Historia Clínica Electrónica - Servicio de Otorrinolaringología- Listado de pacientes ingresados).

Durante este mes de enero estaba previsto que se implantase el protocolo en el resto de plantas del hospital para su aplicación en enfermos portadores de estoma traqueal que están ingresados fuera del servicio de O.R.L. Dicha implantación aún no se ha completado. No obstante, se les han facilitado las instrucciones de cuidados cuando nos han informado del ingreso en otros servicios de un paciente traqueotomizado. (Dos casos en el mes de enero-2020. 100%)

Como se señalaba en el Proyecto, también se ha confeccionado un díptico con indicaciones para el cuidado domiciliario de los pacientes con estoma traqueal. Se ha hecho entrega del mismo, al alta hospitalario, a los pacientes ingresados en el Servicio de Otorrinolaringología (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración, tanto del díptico como del protocolo, se basó en la revisión de la bibliografía actual existente. Esto supuso una muy positiva actualización de los conocimientos sobre el tema del equipo de mejora.

El hecho de contar con un protocolo de actuación ha tenido dos repercusiones importantes en el trabajo de enfermería:

- Por un lado, al proporcionar instrucciones concretas, ha facilitado la labor del personal, ya que gran parte del mismo rota con frecuencia por distintos servicios, y no está todo lo familiarizado que sería deseable con estos cuidados concretos.
- Además ha disminuido la variabilidad clínica al indicar un solo modo de actuación. De esto se desprende que, ambos documentos, para ser eficaces, van a precisar actualizaciones periódicas, siendo éstas deseables con carácter anual o bianual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1240 ===== ***

Nº de registro: 1240

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1240

1. TÍTULO

REVISIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL

REVISION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL

Autores:
FONTANA CALVO MARIA ISABEL, ESCOLAN GELOS ANGEL, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Portadores de estoma traqueal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los cuidados de estomas traqueales es uno de los cuidados más habituales en las plantas de ORL de los hospitales. Tras realizar una revisión científica de la cuestión objetivamos necesidad de revisar nuestro protocolo con las nuevas indicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un cuidado del estoma traqueal de manera más científicamente correcta, evitando variabilidad en la práctica clínica, lo que implica una asistencia de mayor calidad a los pacientes que ingresan en el Servicio de Otorrinolaringología del H.S. Jorge de Huesca con traqueostomía, y por extensión a los pacientes portadores de estoma traqueal en el resto de servicios del mismo hospital, y por los que somos consultados el Servicio de ORL.

MÉTODO

Sesiones con los miembros del equipo para decidir las acciones a llevar a cabo.
Realizar un protocolo, con un documento escrito, para conocimiento del personal de la planta de ORL y ponerlo a prueba en dicho servicio.
Reevaluar, decidiendo aspectos a corregir del protocolo.
Crear un protocolo de acción
Realizar unos dípticos informativos para dar a los pacientes con estoma traqueal al alta.
Sesiones para hacerlo extensible al resto de Servicios del Hospital.

INDICADORES

- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo en la planta de ORL desde su ingreso (>90%)
- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo en el resto de plantas del HS Jorge (>90%)
- % pacientes a los que se les entrega el díptico informativo al alta. (>90%)

DURACIÓN

Inicio en Mayo de 2019 las reuniones y redacción de protocolo.
Evaluación e implantación entre septiembre y octubre.
Reevaluación en noviembre y realización del protocolo definitivo.
Extensión al resto de servicios entre diciembre y enero,

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN EN EL PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA Sº DE ORL- HSJ HUESCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES BORI AIGUABELLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
HERRERO EGEA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de los años la práctica clínica diaria va cambiando según las nuevas evidencias científicas disponibles. En los últimos meses ha sido revisada la entidad de la hipoacusia brusca por un comité de expertos de la Sociedad Española de ORL, lo que hace obligado cambiar nuestro protocolo con nuevas indicaciones a seguir.

Conseguir la unificación en la práctica clínica dentro del servicio de ORL del HS Jorge de Huesca, con sus prestaciones y características, que se aproxime lo más posible a las últimos estudios científicos y consideraciones del comité de expertos de la Sociedad Española de ORL

Elaboración de protocolo a seguir en el caso de hipoacusia brusca. Considerando los criterios de inclusión de pacientes y modo de actuación estableciendo el tratamiento en las diferentes particularidades.

Nos marcamos un calendario de revisión del protocolo, con inicio en mayo de las reuniones, implantación en septiembre, y revisión en noviembre para evaluar el protocolo en nuestro medio. El protocolo se ha implantado según lo previsto y se está realizando según la evidencia científica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido unificar actuaciones de la práctica clínica, con la mayor evidencia científica en este momento, con un protocolo a seguir en el caso de hipoacusia brusca, adaptado a nuestro medio.
Incluimos a los pacientes que cumplen los criterios de hipoacusia brusca y seguimos el protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejor atención a los pacientes al unificar criterios de tratamiento, evitando la variabilidad en la práctica clínica y saber en cada momento que pruebas y que tratamiento realizar con la mayor evidencia científica del momento actual.

Objetivos, que todos los pacientes con el diagnóstico de hipoacusia brusca lleven el tratamiento del protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1242 ===== ***

Nº de registro: 1242

Título
PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA

Autores:
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, HERRERO EGEA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1242

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN EN EL PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA Sº DE ORL- HSJ HUESCA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hipoacusia brusca es una patología ORL, que puede derivar en una hipoacusia permanente grave como secuela, tiene un tratamiento no claramente definido y con diferentes vías. Desde la Sociedad Española de Otorrinolaringología, se ha revisado el protocolo de actuación, dando unas recomendaciones a los especialistas. Desde nuestro servicio queremos realizar una revisión científica de la cuestión y objetivamos necesidad de revisar nuestro protocolo con las nuevas indicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un protocolo propio de hipoacusia brusca adecuado a nuestro entorno y servicio, evitando la variabilidad en la práctica clínica, lo que implica una asistencia de mayor calidad a los pacientes con esta entidad.

MÉTODO

Sesiones con los miembros del equipo para revisar las recomendaciones y protocolo propuesto por la sociedad española de ORL para la hipoacusia brusca. Realizar un protocolo propio de diagnóstico, evaluación, reevaluación y tratamiento de la hipoacusia brusca, adaptada a nuestro sector. Reevaluar, decidiendo aspectos a corregir del protocolo.

INDICADORES

- Registro de pacientes a los que se diagnostica de hipoacusia brusca.
- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo hipoacusia brusca (>90%)

DURACIÓN

Inicio en Mayo de 2019 las reuniones y redacción de protocolo.
Evaluación e implantación entre septiembre y octubre.
Reevaluación en noviembre y realización del protocolo definitivo.

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 - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CALVO AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CONGOST MARIN SOFIA
ABIO ALBERO SONIA
HUERTA BLAS PALOMA
VERA BELLA CARMEN
AGON BANZO PEDRO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, para llevar a cabo nuestro proyecto, tuvo lugar una reunión conjunta entre el personal de enfermería y pediatras de Atención Primaria de todos los centros de salud pertenecientes al sector de Huesca, y el personal de enfermería y los médicos adjuntos del servicio de pediatría del Hospital S.Jorge, con el fin de elaborar y consensuar, en base a la evidencia científica actual y las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología y Ministerio de Sanidad, la elaboración de un documento que recogiera las recomendaciones de los cuidados al alta hospitalaria del bebé, en cuanto al cordón umbilical, el baño, el cambio de pañal, la posición idónea para dormir, la alimentación prioritariamente con leche materna exclusiva y la preparación de los biberones con leche de fórmula adaptada en las situaciones en las que así se haya decidido. ?

Por otro lado, nos reunimos los distintos profesionales implicados en el cuidado y atención al recién nacido durante su estancia en paritorio y maternidad (matronas, anestesistas, ginecólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería y pediatras), y de esta forma modificar las prácticas en paritorio en el momento del nacimiento, priorizando el contacto precoz piel con piel del bebé con la madre y evitando la separación de los mismos salvo en caso necesario por indicación médica. Asimismo se revisaron las pautas de profilaxis de la oftalmía neonatal y la enfermedad hemorrágica del RN, los cuidados del cordón umbilical y el cribado neonatal. ?

Tras ambas reuniones, se elaboró un documento de consenso basado en las nuevas recomendaciones de las sociedades científicas y este documento, se incorporó a las historias de los recién nacidos para ser entregado sin excepción en el momento del alta hospitalaria junto con su cartilla de salud infantil.

Respecto a los cuidados del RN en maternidad, se estableció como pauta general salvo excepciones por indicación médica, el cuidado del cordón umbilical con agua y jabón, sin administración de antisépticos ni colocación de gasas ni apósitos, tal como recomienda la evidencia científica actual. Así mismo se revisaron las pautas en relación a la lactancia materna y se impartió un curso para personal sanitario con el fin de mejorar los conocimientos y por tanto la atención a las madres lactantes.

En el área de partos, se hizo hincapié en el contacto precoz piel con piel, separando de la madre únicamente a aquellos recién nacidos que precisaran asistencia médica al nacer por su situación clínica desfavorable. También se ha insistido especialmente en el inicio y refuerzo de la lactancia materna desde el mismo momento del nacimiento, en el área de partos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al modificar las pautas de los cuidados del área umbilical, se ha constatado una clara disminución del número de días de caída del cordón. Por otro lado, al suspender la administración de antisépticos y uso de gasas y apósitos impregnados en alcohol de 70° o clorhexidina, no se ha constatado un aumento de la infección en el área umbilical. ?

El porcentaje de lactancia materna al alta ha sido 71,8%, mixta 23,2% y de fórmula 5%. Al evitar en la medida de lo posible la separación de la madre y el bebé, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a la salida de la maternidad y al mes de vida, se ha incrementado notablemente. Asimismo se ha observado una menor incidencia de distrés respiratorio e hipoglucemia neonatal, probablemente por el efecto beneficioso que tiene sobre el bebé el contacto precoz piel con piel, que evita la pérdida de calor, y el inicio precoz tras nacer, de la lactancia materna.

Respecto a la entrega del documento sobre cuidados del recién nacido al alta de maternidad, se ha observado una homogeneidad a la hora de realizar dichos cuidados por parte de las familias, a la vez que ha disminuido la confusión que generaba el hecho de que los padres acudieran por su cuenta a diferentes fuentes de internet, revistas de divulgación con escaso rigor científico y otras fuentes poco fiables, dado que no disponían de un documento que explicara por escrito y de manera clara y sencilla, los cuidados del bebé.

Todos los recién nacidos quedan registrados en el programa nacional NEOSOFT, donde se introducen todos los datos referentes al embarazo, parto, periodo perinatal y somatometría, además de diagnósticos, tipo de lactancia que recibe el bebé, procedimientos realizados y recomendaciones al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estas pautas y actividades, se pusieron en marcha durante el mes de mayo del 2016 y en la actualidad siguen en vigor, y son revisadas de forma anual y en función de las modificaciones que sufran los estándares actuales recomendados por la Sociedad Española de Neonatología, que en momento actual, no han sufrido nuevas modificaciones.

Durante el año 2016 ha habido 644 partos en el hospital S.Jorge de Huesca, de los cuales 137 han sido por cesárea. Todos estos niños se han beneficiado de estas nuevas pautas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/27 ===== ***

Nº de registro: 0027

Título
ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, CALVO AGUILAR MARIA JOSE, CONGOST MARIN SOFIA, HUERTA BLAS PALOMA, AGON BANZO PEDRO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
La estandarización de los cuidados del recién nacido desde el nacimiento y durante las primeras horas de vida postnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. En los últimos años, las recomendaciones en cuanto a la atención y cuidados al alta del recién nacido sano, han sufrido modificaciones, de forma que se ha hecho necesaria la actualización de las pautas utilizadas en nuestra maternidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de estas nuevas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica en los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros días de vida postnatal, cuando el bebé ya se encuentra establecido en su domicilio.

MÉTODO
En el momento de la actualización de las recomendaciones, se revisó el concepto de RN sano, y las prácticas en paritorio en el momento del nacimiento, priorizando el contacto precoz piel con piel del bebé con la madre y evitando la separación de los mismos salvo en caso necesario por indicación médica. Asimismo se revisaron las pautas de profilaxis de la oftalmía neonatal y la enfermedad hemorrágica del RN, los cuidados del cordón umbilical y el cribado neonatal.
Se consensuó con el personal de Atención Primaria relacionado con la atención al niño, los criterios de actualización y recomendaciones de los cuidados al alta hospitalaria del bebé, en cuanto al cordón umbilical, el baño, el cambio de pañal, la posición idónea para dormir, la alimentación prioritariamente con leche materna exclusiva y la preparación de los biberones con leche de fórmula adaptada en las situaciones en las que así se haya decidido.

INDICADORES
-Por un lado al modificar las pautas de cuidados del cordón umbilical, se ha constatado una clara disminución del número de días de caída del cordón.
-Al evitar en la medida de lo posible la separación de la madre y el bebé, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a la salida de la maternidad y al mes de vida, se ha incrementado notablemente.

DURACIÓN
Las nuevas pautas de cuidados del recién nacido se pusieron en marcha durante el mes de mayo del presente año y en la actualidad siguen en vigor, para ser revisadas de forma anual y en función de las modificaciones que sufran los estándares actuales recomendados por la Sociedad Española de Neonatología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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 - 2016/0031

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA
GIL FERRER LAURA
BELLON CLAVER PILAR
GARCIA ESCUDERO CRISTINA
ABIO ALBERO SONIA
CALVO AGUILAR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El hemangioma infantil es el tumor benigno mas frecuente en la infancia. La toma de decisiones respecto al tratamiento de los mismos debe seguir las guías de practica clínica y la evidencia científica disponible. Por este motivo, tras la publicación del Consenso Español sobre el Hemangioma Infantil se decidió iniciar el tratamiento del mismo en nuestro centro. Tras recoger información bibliográfica se informó a los centros de Atención Primaria para derivar y citar a los posibles candidatos de manera preferente en el mismo día en las consultas de Pediatría y de Dermatología para poder iniciar el tratamiento con propranolol en el tiempo establecido según las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría. Se realiza Historia clínica, exploración física y ecográfica valorando los riesgos del tratamiento. Tras esta valoración los pacientes que cumplen todos los requisitos son programados para ingreso e inicio del tratamiento. La familia recibe y cumplimenta un formulario de consentimiento informado.

Los pacientes acuden a nuestro centro donde permanecen durante la toma de las dos primeras dosis para valorar posibles reacciones adversas (hipotensión, hipoglucemia,..). Al alta se entrega un informe y hoja de recomendaciones para continuar con el propranolol de forma domiciliaria y se programa la siguiente visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Septiembre de 2016 se han remitido a consultas 23 pacientes y se han realizado 22 tratamientos. Uno de los casos remitidos desde atención primaria se envió al centro de referencia (Hospital Miguel Servet de Zaragoza) para control ante hemangiomas múltiples y de localización profunda con sospecha de obstrucción de la vía aérea.

De los pacientes incluidos se ha retirado la medicación en un caso por mala cumplimentación del tratamiento. Solo se han registrado reacciones adversas en un paciente (en el que se retiró la medicación).

21 de los 22 pacientes incluidos ha recibido el tratamiento con éxito (aun hay pacientes que no han finalizado la pauta completa de tratamiento).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde que se inició esta actividad en nuestro centro ha resultado satisfactoria para pacientes, familias y profesionales por la eficacia de la medicación, su seguridad y la comodidad de las familias al evitar desplazamientos innecesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/31 ===== ***

Nº de registro: 0031

Título
TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, GIL FERRER LAURA, BELLON CLAVER PILAR, GARCIA ESCUDERO CRISTINA, ABIO ALBERO SONIA, CALVO AGUILAR MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0031

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

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

Los hemangiomas infantiles son tumores benignos con alta incidencia en niños menores de un año. Un 12% de los mismos se puede beneficiar del tratamiento médico. Este tratamiento debe realizarse según guías de práctica clínica, para ello se revisa la bibliografía y se elabora un protocolo basado en las recomendaciones formuladas por los especialistas.

RESULTADOS ESPERADOS

Tratamiento médico de hemangiomas infantiles simples previo diagnóstico ecográfico dermatológico.

MÉTODO

Diagnóstico ecográfico y clínico por Servicio de Dermatología para inclusión en protocolo. El tratamiento médico consiste en la administración de propranolol por vía oral ya que es el tratamiento de elección de los hemangiomas infantiles y es el único aprobado para dicha indicación. Para ello se realiza el ingreso en Hospital de día para administración de propranolol por vía oral en dosis progresivas realizando los controles correspondientes con monitorización de frecuencia cardíaca y tensión arterial así como glucemia y control clínico para detectar posibles efectos secundarios de la medicación. Previamente se cumplimenta el consentimiento informado por parte de los profesionales y la familia.

INDICADORES

- Número de pacientes sometidos a dicho tratamiento entre el total de pacientes diagnosticados de angioma infantil.
- Seguimiento por parte del Servicio de Dermatología para comprobar efectividad.
- Comunicación de reacciones adversas entre el total de pacientes tratados.

DURACIÓN

Agosto 2016: revisión bibliográfica y elaboración de protocolo clínico.
Octubre 2017: selección de casos e inicio del proyecto.

OBSERVACIONES

Este tratamiento se está llevando a cabo con éxito en otros centros con buena tolerancia y adecuada efectividad. De esta manera se puede evitar desplazamientos a otros centros pudiendo realizarse en nuestro Hospital.

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
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES
IZUEL JARNE ANA
CASAJUS BETRAN CARMEN
SANTAFE LOPEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Previamente al inicio de la actividad se elaboró y se adaptó a nuestro hospital un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con alergia PLV en base a la actuación de nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Miguel Servet. Se diseñó un algoritmo de diagnóstico-seguimiento-tratamiento para pacientes con APLV IgE mediada, el cual fue remitido vía mail a los Pediatras de los centros de salud de nuestro área (Sector Huesca). En dicho correo se les remitía en archivo adjunto la pauta de actuación en caso de sospecha de APLV IgE mediada en atención primaria, insistiendo en la importancia de la remisión precoz en las primeras 24-48 horas tras el diagnóstico. Así mismo se facilitaron los teléfonos de contacto directos con consulta externa de Pediatría para facilitar el proceso.

- Se realizaron acciones formativas con las enfermeras de planta, instruyéndolas en la pauta de ascensos semanales, modo de preparación de las fórmulas e identificación de reacciones adversas. Se elaboraron hojas tipo de Pauta de ITO (inducción de tolerancia oral) en las que se incluían tabla con fecha- cantidad para cada aumento semanal. En hoja adjunta debía anotar cualquier incidencia o reacción adversa. Cada paciente disponía de una hoja de tratamiento con medicación precargada en caso de reacción alérgica.

- Se llevó a cabo un taller de reconocimiento y manejo de anafilaxia, impartido conjuntamente con el servicio de enfermería pediátrica de nuestro hospital (marzo 2017) en el que se reforzaron conocimientos y aclararon dudas.

- De forma progresiva durante el periodo de Octubre de 2016- Octubre 2017 fueron valorados en consulta externa de Alergología Pediátrica un total de 26 pacientes con clínica, test cutáneos y/o IgE específica de leche y fracciones positivo. Dichos pacientes fueron citados en planta de pediatría para iniciar la pauta desensibilización de forma progresiva. Los pacientes se citaban de forma automática de manera semanal, pudiendo acelerar la pauta según criterio médico consensuado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se llevó a cabo la elaboración de base de datos para recogida de datos entre los que figuraban los siguientes indicadores de seguimiento: Edad de inicio de inducción de tolerancia y edad en la que se adquiere la tolerancia completa, reacciones adversas tras inicio de inducción de tolerancia, número de reacciones adversas que precisan tratamiento farmacológico, número de pacientes que adquieren tolerancia completa tras inicio de la pauta.

- Se incluyeron en este periodo un total de 26 pacientes, siendo el 54% mujeres y el 46% varones. La edad media de inicio de la pauta de inducción de tolerancia oral de fue 6,19 meses con intervalo de 3-10 meses. La duración media de la inmunoterapia fue de 15,5 semanas, con un intervalo entre 13-19 semanas.

La tolerancia se alcanzó en 24 de los 26 pacientes (92,3%). En 2 de ellos (7,7%) se suspendió por inicio de síntomas gastrointestinales, en uno de ellos vómitos y en otro dolor abdominal y deposiciones dispépticas. El 11,5% de los pacientes presentó reacciones adversas leves localizadas a nivel cutáneo, precisando sólo 1 de ellos (3,8%) administración de antihistamínico oral. No hubo ningún caso de anafilaxia. Los pacientes se han ido reevaluando al mes tras finalizar la ITO y al año del fin de la pauta, mostrando el 100% de los que había tolerado la pauta de ITO una adecuada tolerancia de productos lácteos y sin presentar reacciones adversas, por lo que han podido ser dados de alta con un régimen de vida normal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes, que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida, suponiendo además, un aumento de la confianza de la familia e implicación en el tratamiento.

- Se ha disminuido notablemente el tiempo medio de consumo de fórmulas especiales y por tanto se han ahorrado una gran cantidad recursos económicos y personales.

- El protocolo se va a seguir desarrollando como práctica habitual en nuestro hospital dados los resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/243 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Nº de registro: 0243

Título
INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, ABIO ALBERO SONIA, IZUEL JARNE ANA, CASAJUS BETRAN CARMEN, ASPIROZ GUILLEN ANABEL, SANTAFE LOPEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ALERGIA ALIMENTARIA
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

Se habla de Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) cuando un individuo, tras ingesta de proteínas lácteas manifiesta una respuesta anormal con un mecanismo inmunológico comprobado (Hipersensibilidad inmediata). Tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos para algunas fracciones proteicas de la leche. Al ser la leche el primer alimento no homólogo que se introduce en la dieta de un lactante es la APLV la primera alergia que debuta, afectando a un 2% de la población. En España el porcentaje de alérgicos a leche de vaca en el primer año de vida se sitúa entre 0,36% y 1,95%. Ocupa el tercer lugar en las patologías alérgicas detrás de la alergia al huevo y al pescado. Hasta ahora la evitación del alimento era el único tratamiento establecido. La dieta de exclusión tiene ciertas repercusiones familiares, sociales y económicas que influyen en la calidad de vida. Los niños alérgicos a leche suelen estar sobreprotegidos por los problemas que conllevan las trasgresiones. A pesar de todas las precauciones, esta dieta puede resultar difícil de realizar con éxito y es frecuente la aparición de síntomas, incluso graves, por contacto inadvertido con el alimento y por el riesgo de ingestión accidental. Además, pueden tener problemas nutricionales (déficit de calcio) y problemas económicos, ya que las fórmulas especiales no están subvencionadas a partir de los dos años de edad. Se han venido comunicando, en la literatura médica de la última década, series de pacientes pediátricos en los que se consigue empleando aumentos progresivos de cantidad del alimento, alcanzar la tolerancia y conseguir incorporarlo con normalidad a la alimentación del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación. Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida. En la actualidad, en nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Infantil Miguel Servet y en otros centros nacionales, están trabajando en la inducción de tolerancia a alimentos y adelantar la instauración de tolerancia. Las series comunicadas han ido aumentando, los procedimientos haciéndose más comunes y los resultados hasta el momento son muy satisfactorios con porcentajes de éxito de entre el 70 y el 95%. Por todos estos motivos, se ha optado por actitudes intervencionistas que conduzcan a inducir la tolerancia con el fin de modificar la historia natural de la alergia a proteínas de leche de vaca.

RESULTADOS ESPERADOS

1 Conseguir una tolerancia precoz de dicho alimento adquiriendo una normalización de los hábitos dietéticos de dichos pacientes, evitando así mismo una alimentación deficitaria. 2 Disminuir el riesgo de reacciones adversas por ingestión o contacto accidental con el alimento problema. 3 Disminución del gasto en fórmulas especiales que en muchos niños deben mantenerse hasta los 2 años o más, las cuales son financiadas en nuestro medio hasta que el niño tiene los 2 años. Tras inicio de la inducción de tolerancia oral la adquisición de tolerancia puede alcanzarse hacia los 3 meses del inicio de la pauta, disminuyendo notablemente los meses que el niño debe consumir una leche de fórmula especial.

MÉTODO

1 Revisión de la evidencia científica: guías clínicas, revisiones, protocolos de otros hospitales (Odriozola, Ruiz del Olmo). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con APLV en base a la actuación de nuestro servicio de alergología de referencia (Hospital Miguel Servet) (Huerta, Odriozola, Abio). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV mediante historia clínica detallada, test cutáneos y analítica con IgE específica (Huerta, Izuel, Casajus). 4 Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Huerta, Ruiz del Olmo, Abio). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y preparación/seguimiento de pauta desensibilización (Aspiroz, Santafe)

INDICADORES

1 Edad de inicio de inducción de tolerancia y edad en la que se adquiere la tolerancia completa. 2 Reacciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

adversas tras inicio de inducción de tolerancia. 3 Número de reacciones adversas que precisan tratamiento farmacológico (antihistaminico. Adrenalina, corticoide). 4 Número de pacientes que adquieren tolerancia completa tras inicio de la pauta.

DURACIÓN

1 Revisión de la evidencia científica (Septiembre- Octubre 2016). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protocolo de inducción de tolerancia oral (Septiembre- Octubre 2016). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV (Octubre 2016- Octubre 2017). 4 Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Octubre 2016- Octubre 2017). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y seguimiento de pauta desensibilización (Octubre 2016-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 - 2016/0476

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTERO BELLO PILAR
BRUN GUINDA DAVID
LAVILLA ABRIL SHEILA
REDOL LABARTA MONTSERRAT
AZANZA MONTULL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Noviembre 2016 hasta Febrero 2017 se formó a enfermería en la técnica de realización de la medición, indicando momento adecuado para su determinación. Se elaboró además para el proyecto una nueva hoja de registro de cuidados del recién nacido con un apartado concreto para el despistaje cardiológico, configurando a su vez un sello específico para su impresión en las cartillas de nacimiento.

Se comunicó el inicio de la actividad a los profesionales de los centros de salud del Sector, y a su vez en el alta de cada recién nacido se explica a la familia todos los screening realizados y el significado de dicho sello.

Se inició el screening neonatal cardiológico en Marzo de 2017 (previsto para Enero 2017), realizándose en todos los recién nacidos del Hospital San Jorge.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el screening a 546 recién nacidos en el año 2017 y a 16 recién nacidos en 2018, hasta el momento de elaboración de esta memoria.

De los 562 cribados realizados han resultado negativos el 100% (SatO2 >=95% pre y postductal y diferencia <3%).

No se han obtenido falsos positivos (FP) (estándar de falsos positivos del 0,17%).

Hemos detectado un falso negativo (FN) en un paciente remitido por su pediatra a los 15 días de vida por detección de soplo cardiaco, diagnosticándose de drenaje venoso pulmonar anómalo, pero que al tratarse de una forma parcial puede no tener repercusión en la pulsioximetría los primeros días de vida.

La especificidad del test ha sido del 100% (el 100% de pacientes sanos ha tenido resultado negativo), lo cual aumenta la tasa de FN pero minimiza los FP, recomendado en test de screening de enfermedades poco prevalentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que el proyecto se ha desarrollado de forma óptima, y al realizar un sello específico de cribado cardiológico que debe imprimirse en todas las cartillas del recién nacido, se ha minimizado al máximo la posibilidad de su no realización, de forma que desde su implementación en la Unidad se ha realizado a TODOS los recién nacidos en nuestro Hospital.

Es un cribado necesario en el Servicio de Pediatría, inocuo y de sencillo seguimiento, del que no deriva ningún coste económico. Conviene dar sesiones formativas al personal de enfermería de nueva incorporación al Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/476 ===== ***

Nº de registro: 0476

Título
IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Autores:
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, VERA BELLA CARMEN, ARTERO BELLO MARIA PILAR, LAVILLA ABRIL SHEILA, REDOL LABARTA MONTSERRAT, AZANZA MONTULL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0476

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

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 detección precoz de cardiopatías congénitas graves permite su tratamiento y corrección quirúrgica en los plazos adecuados, lo que permite mejorar el pronóstico de estos niños. No siempre es posible el diagnóstico prenatal por ecografía o por exploración física del neonato durante su estancia en la maternidad. Esto es especialmente importante en las cardiopatías ductus dependientes, cuyo cierre puede desencadenar un fallo cardiovascular e incluso la muerte. El ductus es obligatorio para asegurar el gasto cardíaco en los casos de estenosis del tracto de salida del VD (circulación pulmonar) o del VI (circulación sistémica). El debut es una situación amenazante para la vida ya que el ductus se cierra de manera espontánea antes de la 4ª semana de vida. Ante la sospecha hay que iniciar tratamiento inmediato con PGE1 para asegurar su permanencia. La incidencia de cardiopatías congénitas ductus dependientes oscila entre 1-2 casos/1000 recién nacidos. La exploración física y los síntomas pueden ser sutiles o ausentes en los primeros días. La pulsioximetría entre las 24 y 72 horas es un método rápido, simple, no invasivo, barato, reproducible y con poca variabilidad. La exploración física en los primeros días de vida tiene una sensibilidad del 63% en este tipo de cardiopatías, si asociamos la pulsioximetría asciende al 83%. La pulsioximetría por si sola tiene una especificidad del 99%. Los falsos positivos son escasos (0.17%), de los cuales un 45% presentan otro tipo de patología neonatal (cardiopatía no ductus dependiente, sepsis, etc). Se considera resultado negativo cifras de Sat O2=95% en mano derecha o pie y diferencia =3%. Se considera positivo pre y postductal 90-<95% o diferencia >3% en tres medidas separadas de una hora o Sat <90% en mano o pie. En los casos positivos se contactara con servicio de Cardiología para realización de ecocardiografía urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el riesgo de dar de alta a un neonato potencialmente grave.
- Reducción de morbimortalidad asociada a estas patologías en caso de retraso diagnóstico mejorando el pronóstico y la supervivencia.
- Selección a los pacientes candidatos de valoración cardiológica pediátrica urgente.

MÉTODO

- Medida de pulsioximetría con sensor en mano derecha (preductal) y otra en cualquiera de los dos pies (postductal).
- La medición se realizará entre las 24 y 72 horas con el recién nacido tranquilo, evitando el sueño profundo y los momentos de alimentación.
- Onda de pletismografía adecuada.
- Personal entrenado en toma de pulsioximetría en neonatos.
- Tiempo estimado < 10 minutos.

INDICADORES

- Numero total de recién nacidos.
- Numero de recién nacidos a los que se realiza pulsioximetría entre las 24-72 horas.
- Numero de recién nacidos con alta precoz de la maternidad (primeras 24 horas).

DURACIÓN

- Octubre-Noviembre 2016:
- Revisión bibliográfica.
- Registro de resultado de pulsioximetría en la Hoja de cuidados de recién nacido.
- Formación al personal de enfermería de pulsioximetría neonatal pre y postductal.
- Inclusión de pulsioximetría en las rutinas de recién nacido.
- A partir de Diciembre de 2016:
- Puesta en marcha del programa de screening neonatal y mantenimiento de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0278

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABIO ALBERO SONIA
CALVO AGUILAR JOSEFA
SAN AGUSTIN PERIE CARMEN
REDON LABARTA MONTSERRAT
BELLON CLAVER PILAR
LOPEZ UBEDA MARTA
PABLO ZARO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DURANTE EL MES DE MAYO SE REUNIÓ EL EQUIPO COORDINADOR Y REVISANDO LA BIBLIOGRAFÍA EXISTENTE REALIZO UN PROTOCOLO ACTUALIZADO DE ESTUDIO DE DESPISTAJE DE HIPOACUSIA NEONATAL: REGISTRÁNDOSE TODOS LOS PACIENTES CON OEA (OTOEMISIONES ACÚSTICAS) ALTERADAS, LAS PETICIONES REALIZADAS DE PEAT Y LOS RESULTADOS PATOLÓGICOS ENCONTRADOS. INCLUYENDO TRAS LA SEGUNDA OEA ALTERADA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR CMV (MEDIANTE PCR EN ORINA), CON INCLUSIÓN DE UNA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DURANTE EL PERÍODO DEL 18 DE MAYO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018, SE REALIZARON UN TOTAL DE 597 OEA, TENIENDO QUE REPETIRSE 11 EN LA SEGUNDA SEMANA DE VIDA, DE LAS CUALES 9 FUERON NORMALES. EN LOS DOS PACIENTES CON OEA REPETIDA NEGATIVA SE SOLICITO RECOGIDA DE ORINA PARA DESPISTAJE DE CITOMEGALOVIRUS, DETECTÁNDOSE UN CASO POSITIVO CON PEAT COMPATIBLE CON HIPOACUSIA BILATERAL MODERADA. EL OTRO PACIENTE CON OEA NEGATIVA, SE REPITIÓ AL MES PERSISTIENDO ALTERADO DE FORMA UNILATERAL. SE SOLICITARON PEAT QUE FUE COMPATIBLE CON HIPOACUSIA IZQUIERDA LEVE. GRACIAS A LA INSTAURACIÓN DE DICHO PROTOCOLO DE DESPISTAJE SE LOGRO DETECTAR A LOS 16 DÍAS DE VIDA, UN CASO DE INFECCIÓN NEONATAL POR CITOMEGALOVIRUS QUE PERMANECÍA CLÍNICAMENTE ASINTOMÁTICO Y SE INICIO TRATAMIENTO CON VALGANCICLOVIR, QUE HA CONTINUADO DURANTE 6 MESES. EN EL CONTROL LA HIPOACUSIA HA PASADO DE MODERADA A MODERADA-LEVE, PENDIENTES DE FINALIZAR TRATAMIENTO.

INDICADORES:

Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /TOTAL PACIENTES CON OEA ALTERADAS:1/11

Nº PEAT SOLICITADOS /TOTAL PACIENTES CON OEA REALIZADAS:2/597

Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /PEAT REALIZADOS: 1/2

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ HA SIDO MUY BIEN ACOGIDA POR EL SERVICIO, PERMITIENDO EL TRATAMIENTO PRECOZ DE UN PACIENTE QUE DE OTRA MANERA SE HUBIERA DETECTADO DE MANERA TARDÍA. COMO POSIBLE PROPUESTA DE MEJORA, SE PLANTEA LA CREACIÓN DE UNA HOJA DE RECOGIDA DE INDICADORES DE RIESGO DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, QUE INCLUIRÍA LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPOACUSIA, PESO DE RECIÉN NACIDO INFERIOR A 1500GR, ANOMALIAS CRANEOFACIALES, MENINGITIS BACTERIANA, HIPERBILIRRUBINEMIA QUE PRECISA EXSANGUINOTRANSFUSIÓN, PUNTUACIÓN BAJA DEL APGAR Y MEDICACIÓN OTOTOXICAS. Y EN DICHS PACIENTES DE RIESGO SEGUIMIENTO MÁS ESTRECHO SOLICITÁNDOSE PEAT.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/278 ===== ***

Nº de registro: 0278

Título

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

Autores:

SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, ABIO ALBERO SONIA, CALVO AGUILAR JOSEFA, SAN AGUSTIN PERIE CARMEN, REDON LABARTA MONTSERRAT, BELLON CLAVER PILAR, LOPEZ UBEDA MARTA, PABLO ZARO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0278

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cribado de recién nacidos para la pérdida auditiva conduce a una detección e intervención más temprana en pacientes con problemas auditivos congénitos. La intervención temprana puede mejorar la adquisición del lenguaje y el rendimiento educativo en los pacientes afectados. La evidencia es clara de que el cribado de los recién nacidos detecta la pérdida de la audición a una edad significativamente más temprana que el hecho de basarse únicamente en la identificación de los signos clínicos de la pérdida auditiva.
El citomegalovirus (CMV) congénito es la causa infecciosa más frecuente de pérdida auditiva neonatal o de inicio tardío permanente, y lo que es más importante, existe la posibilidad de terapia antiviral que mejore su pronóstico.
Sin embargo, el coste beneficio es elevado por lo que no se recomienda su detección universal en todos los recién nacidos que no superen en una ocasión las otoemisiones acústicas (OEA), reservándose para la detección selectiva de aquellos casos que presenten síntomas compatibles o que en 2 ocasiones no se superen las otoemisiones acústicas, sin retrasar con ello el diagnóstico temprano de la hipoacusia.
Si se detectan pruebas de detección positivas para CMV el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores los resultados auditivos cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un registro de los paciente con pruebas alteradas en el despistaje de hipoacusia neonatal mediante OEA.
Estandarizar la inclusión del cribado de la infección congénita de CMV, mediante análisis de orina precoz, tras alteración de la 2º OEA.
Protocolizar la solicitud del los Potenciales Auditivos Evocados (PEAT) tras 3º OEA alterada.

MÉTODO

Diseño actualizado del protocolo de estudio de despistaje de hipoacusias neonatales
Registro de todos los pacientes con OEA alteradas.
Registro de las peticiones realizadas de PEAT y resultados patológicos encontrados.
Registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV, con inclusión de una hoja de consentimiento informado para inicio del tratamiento.

INDICADORES

Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /total pacientes con OEA alteradas.
Nº PEAT solicitados /total pacientes con OEA realizadas
Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /PEAT realizados

DURACIÓN

Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en Junio 2018
Revisión final de los resultados a finales de Diciembre 2018, con valoración de nuevas propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0283

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
VERA BELLA CARMEN
GALLEGO DOMEQUE ESTHER
LAVILLA ABRIL SHEILA
OTAL ORDAS LUCIA
SANTANA ESPEJO EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 2 sesiones de actualización en RCP neonatal, por las mañanas y en la misma planta de pediatría, para formación y mejora de los miembros de la plantilla (pediatras, enfermeras/os, matronas y auxiliares) en reanimación neonatal, situación que vivimos de forma frecuente en nuestro servicio dado el número de partos anuales, principalmente durante las guardias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mantener formado al personal encargado de llevar a cabo dichas situaciones de reanimación neonatal, familiarizándose con el material necesario y perdiendo el miedo a actuar ante las diversas situaciones de estrés que se viven en paritorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto necesario debido a que la reanimación neonatal forma parte de nuestra práctica clínica diaria, y la buena praxis tendrá gran repercusión en la salud y futuro del recién nacido y sus familias. Por la situación laboral actual existe cierta rotación y cambio en el personal del Servicio (pediatras, enfermeras/os y auxiliares), que hace indispensable este tipo de formación continuada. No implica gasto de recursos por lo que vemos indispensable su mantenimiento de forma indefinida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/283 ===== ***

Nº de registro: 0283

Título
ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Autores:
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, VERA BELLA CARMEN, GALLEGO DOMEQUE ESTHER, LAVILLA ABRIL SHEILA, OTAL ORDAS LUCIA, SANTANA ESPEJO EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Pediatría consta de una unidad específica de atención neonatal, donde una enfermera y un técnico auxiliar de enfermería se encargan de los cuidados del recién nacido sano y patológico, junto con el equipo de pediatras del Servicio. Cuando tiene lugar en paritorio o en quirófano un parto complicado (instrumentado, cesárea, o posible alteración del bienestar fetal por diversas circunstancias) acudimos de inmediato al área quirúrgica la enfermera y el pediatra para asistir al recién nacido en el momento del parto, junto con la ayuda de la matrona. En dicho momento crítico nos encontramos la mayoría de las veces (puesto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0283

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

que ocurre frecuentemente en horario de guardia) un máximo de 3 personas, que debemos estar perfectamente capacitadas para realizar la RCP al neonato de forma óptima. La trascendencia de dicha actuación (vital para en neonato) y el frecuente cambio de personal por sustituciones y nuevas incorporaciones en el área materno-infantil, nos obliga a mantener una continua actualización y formación en dicha materia.

RESULTADOS ESPERADOS

Formación continua en RCP neonatal para una mejora en la asistencia al recién nacido en el parto y al neonato ingresado que sufra una posible parada respiratoria y/o cardiaca.
Tendrán una duración aproximada de 2 horas y constarán de una primera parte breve teórica en pediatría seguida de una fase práctica en la cuna de reanimación del área de paritorio, y finalizando en la incubadora de transporte para simular el posible traslado del paciente.
Optimización de recursos en RCP neonatal para un uso más eficiente.

MÉTODO

Se realizarán sesiones periódicas programadas de actualización en RCP neonatal para el personal del área materno-infantil, 3-4 sesiones al año.
Tendrán una duración aproximada de 2 horas y constarán de una primera parte breve teórica en pediatría seguida de una fase práctica en la cuna de reanimación del área de paritorio, y finalizando en la incubadora de transporte para simular el posible traslado del paciente.
Recursos: pediátras docentes, muñecos lactantes (disponemos), ordenador y pantalla.

INDICADORES

Calendario de sesiones cada 3-4 meses para abarcar a todo el personal implicado en la asistencia al recién nacido en el área materno-infantil del Hospital San Jorge y las nuevas incorporaciones.
Cumplimiento de dicho calendario y encuesta de satisfacción a los receptores de las distintas sesiones valorando su utilidad.
Reuniones posteriores a una reanimación neonatal real para analizar las actuaciones, errores y campos de mejora.

DURACIÓN

Sesiones (duración 2 horas): Enero 2018 (ya realizada), Mayo-Junio 2018, Octubre-Noviembre 2018.
Responsables de su implantación: Equipo de Pediatría del Hospital San Jorge.
Reuniones del equipo de reanimación tras los casos reales que surjan durante el año.
Fecha de proyecto: Enero 2018-Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Disponemos actualmente de todos los recursos necesarios para el proyecto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ELENA SANCHO GRACIA
· Profesión PEDIATRA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES
VERA BELLA CARMEN
JIMENEZ BLANCO COVADONGA
DELGADO PUENTE MARTA
VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS
SANTOLARIA ESCARTIN DOLORES
SANTAFE LOPEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva se creó la consulta de Alta Resolución Neonatal en enero de 2018, asignando a la misma la agenda correspondiente (PED PL). Se informó al servicio de Pediatría-Neonatología de la nueva consulta para el conocimiento de todo el personal tanto médico, como enfermería y auxiliares.

Las citaciones de los pacientes en dicha consulta son gestionadas desde la planta de Pediatría (Nido) a través del personal de enfermería. Se elaboró por ello un documento explicativo sobre el proceso de citación, que se encuentra a disposición del personal en el área de Neonatología; además de ofrecer información verbal a las enfermeras de la unidad sobre el proceso de citación.

A lo largo del año 2018 el número total de recién nacidos en el hospital ha sido de 545, siendo 36 de ellos prematuros entre 34 y 36 semanas de gestación y 3 de ellos prematuros menores de 34 semanas de gestación. En este periodo han sido citados y atendidos en la consulta de alta resolución un total de 188 pacientes (generando 222 episodios), lo que supone un 34,5% del total de recién nacidos.

En mayo de 2018 se elaboró un sistema de registro manual donde constan los pacientes atendidos en la consulta y el motivo de derivación a la misma, con el objetivo de conocer las características de los pacientes citados. Desde el 1/05/2018, se registraron manualmente 152 pacientes atendidos de un total de 446 recién nacidos totales en ese periodo (34%). En el registro informático aparecen, tras eliminar algunas citaciones repetidas erróneamente, 148 citaciones (correspondientes a 143 pacientes, ya que algunos de ellos precisaron ser citados varios días). Existe, por lo tanto, cierta discrepancia entre el registro manual y el informático con 117 pacientes que figuran en ambos registros, 31 pacientes que figuran únicamente en el registro informático y 35 pacientes que aparecen sólo en el registro manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal motivo de consulta es el control de peso y/o de ictericia, incluyendo una valoración de la lactancia materna en aquellos recién nacidos alimentados de esta manera. A continuación se detallan las características de los 152 pacientes registrados manualmente desde el 1/05/2018. Se realizó control de peso en 86 pacientes (56,5% de los pacientes citados), precisando ingreso únicamente uno de los pacientes por pérdida ponderal excesiva y deshidratación. El control de ictericia se realizó en 51 pacientes (33,5%), en la mayoría de las ocasiones (n=47) de forma conjunta con el control de peso. En estos pacientes se realiza generalmente control clínico, mediante exploración física, y determinación de la cifra de bilirrubina transcutánea. En 11 de los pacientes fue preciso realizar analítica sanguínea para bilirrubina venosa, precisando 7 de ellos ingreso para tratamiento.

En los pacientes citados a control de peso, se hizo también apoyo y refuerzo de lactancia materna si era preciso. De los 8 recién nacidos dados de alta con lactancia mixta tras el nacimiento, uno de ellos era alimentado con lactancia materna exclusiva a la semana de vida. De los que habían sido dados de alta con lactancia materna exclusiva: el 38% precisó lactancia mixta tras el control en consulta y, sólo uno, se alimentaba con lactancia artificial a la semana de vida.

Si hacemos referencia al grupo de prematuros tardíos (34-36 semanas), en los 28 pacientes que nacieron a partir del 1/05/2018 se aseguró un adecuado control de peso a las 24-48 horas del alta. El 50% de ellos fueron citados en la consulta de alta resolución. Del resto, uno de ellos precisó traslado al hospital de referencia y los demás fueron dados de alta con una curva ponderal ascendente en los últimos días de ingreso, por lo que el control clínico se realizó en su centro de salud.

Otra de las causas por las que se decidió crear la consulta de alta resolución neonatal fue la necesidad, en ocasiones, de repetir alguna de las pruebas de cribado realizadas a todos los recién nacidos antes del alta. El cribado metabólico o "prueba del talón" se repitió en 39 pacientes (25,65% del total); de los cuales 20 neonatos eran prematuros y 5 eran recién nacidos de 37 semanas de edad gestacional. Se recomienda repetir este cribado endocrino-metabólico en todos los recién nacidos prematuros a los 15 días de vida, lo que justifica el elevado número de casos correspondientes a este grupo. Sin embargo, el total de recién nacidos prematuros en este periodo (desde 1/05/2018) fue de 30, por lo que sería recomendable en un futuro analizar el motivo por el que no consta la repetición de la prueba en 10 de estos pacientes. Por otro lado, el cribado auditivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

mediante otoemisiones acústicas fue el motivo de derivación a consulta en 24 pacientes (15,7%).

Constan además otros motivos diferentes de consulta, menos frecuentes, como la recogida de orina para detección de citomegalovirus, control de glucemia, extracción de analítica sanguínea o revisión del cordón umbilical. No se ha registrado ningún caso de alta precoz (antes de las 48 horas de vida). Del total de pacientes registrados desde mayo (152), únicamente 8 precisaron reingreso hospitalario tras ser valorados en consulta (5%). Si excluimos a aquellos que fueron citados para realización de pruebas complementarias, el porcentaje de ingresos sería del 9%. En el caso de no disponer de la consulta de alta resolución la mayoría de estos pacientes hubiesen precisado alargar su estancia hospitalaria un mínimo de 24-48 horas, con todas las consecuencias que esto conlleva.

Por otro lado, entre mayo y diciembre de 2018, 63 pacientes han precisado la repetición de pruebas complementarias específicas del periodo neonatal (siendo muchos de estos casos pacientes prematuros).

INDICADORES:

- N° de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de Alta resolución (AR) a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos prematuros tardíos: Cumplimiento 100%
- N° de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de AR a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos con alta precoz. Cumplimiento: 100% (no ha habido ningún alta precoz)
- N° de pacientes que precisan reingreso/N° total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 5%
- N° de pacientes citados para control de peso/N° total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 56,5%
- N° de pacientes citados para control de ictericia/N° total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 33,5%
- N° de pacientes citados informativamente en consulta de AR/ N° total de pacientes registrados en sistema de registro de consulta de AR. Valor: 97%
- N° de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de AR/N° total de pacientes citados a control clínico en consulta de AR. Valor: 60%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos adecuado incidir en conseguir que las citaciones informatizadas en la consulta sean del 100% de los pacientes atendidos.

Consideramos el bajo porcentaje de reingresos un aspecto muy positivo en relación con el rendimiento y utilidad de la consulta. En el caso de no disponer de la consulta de alta resolución la mayoría de los pacientes citados hubiesen precisado alargar su estancia hospitalaria un mínimo de 24-48 horas, con todas las consecuencias que esto conlleva.

El recién nacido presenta una complejidad que hace deseable su manejo por personal entrenado; por ello, nos parece importante y de gran utilidad el disponer de esta consulta para la realización de las diversas pruebas que puedan ser necesarias. Pensamos que esta herramienta proporciona un elemento de mejora en la calidad de la asistencia ofrecida a estos pacientes.

CONCLUSIONES FINALES: Consideramos que la implantación de la consulta de alta resolución neonatal supone una mejora en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes, por lo que se mantendrá en el futuro. Gracias a esta herramienta se han disminuido los días de estancia hospitalaria de un importante número de pacientes sin que esto implique una elevada tasa de reingresos. Además, se garantiza la realización de forma reglada y por personal experto de las pruebas complementarias que puedan ser necesarias en estos pacientes durante el periodo neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/359 ===== ***

N° de registro: 0359

Título
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

Autores:
SANCHO GRACIA ELENA, ODRIUZOLA GRIJALBA MERCEDES, VERA BELLA CARMEN, JIMENEZ BLANCO COVADONGA, DELGADO PUENTE MARTA, VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS, SANTOLARIA ESCARTIN DOLORES, SANTAFAE LOPEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La duración de la estancia del binomio madre-recién nacido (RN) tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; siendo actualmente lo habitual en nuestro medio una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48h. Dado que el periodo de hospitalización es breve, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada por lo que es necesario extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas cercanas al 10% o dificultades en relación con la lactancia materna. Asimismo, pueden surgir complicaciones tras el alta como la aparición de ictericia que resulta una de las causas más frecuentes de reingreso.

En los últimos años la tasa de prematuridad se ha incrementado, sobretodo en relación con los prematuros tardíos, los cuales presentan mayor riesgo de complicaciones y mayores tasas de reingreso hospitalario que los RN a término. Los criterios para el alta de estos pacientes son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, necesitan un seguimiento más estrecho por lo que se ha de garantizar un seguimiento médico a las 24-48h.

Por otro lado, cabe la posibilidad de valorar una estancia reducida (menor de 48 horas) ante petición familiar en el caso de RN a término sanos; aunque esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, este alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico precoz tras el alta debido al riesgo de posibles anomalías no detectadas en el ingreso. Finalmente, existen una serie de pruebas complementarias que se solicitan a los recién nacidos de forma rutinaria (cribado metabólico y auditivo) que en determinadas ocasiones pueden precisar ser repetidas en el centro hospitalario lo cual debe de ser registrado y realizado de forma organizada.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantación de una consulta de alta resolución neonatal
- Asegurar un control pediátrico precoz en paciente de riesgo de presentar complicaciones tras el alta (prematuros tardíos, alta precoz, dificultades de alimentación, riesgo de ictericia severa) lo cual permitirá, entre otras cosas, disminuir la estancia media hospitalaria de los mismos.
- Promoción de lactancia materna
- Realización de pruebas complementarias en planta de pediatría por personal formado y de forma organizada.
- Registro de pacientes que precisan citación en consulta de alta resolución para conocer la prevalencia de los diferentes motivos de derivación.
- Detección de problemas de aparición tras el alta y disminución de tasa de reingreso

MÉTODO

- Revisión bibliográfica
- Creación de agenda específica para consulta de alta resolución (Enero 2018)
- Información a todo el personal del servicio del funcionamiento de dicha consulta
- Implicación del personal en la organización y citación de los pacientes.
- Elaboración de un registro de pacientes atendidos, motivos de derivación de los mismos y pruebas complementarias realizadas.
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

INDICADORES

- N° de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de Alta resolución (AR) a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos prematuros tardíos.
- N° de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de AR a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos con alta precoz.
- N° de pacientes que precisan reingreso/N° total de pacientes citados en consulta de AR.
- N° de pacientes citados para control de peso/N° total de pacientes citados en consulta de AR
- N° de pacientes citados para control de ictericia/N° total de pacientes citados en consulta de AR
- N° de pacientes registrados en sistema de registro de consulta de AR / N° total de pacientes citados en consulta de AR.
- N° de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de AR/N° total de pacientes citados a control clínico en consulta de AR.

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica: Enero-febrero 2018
- Creación agenda de consulta: Enero 2018
- Información al servicio: Marzo 2018
- Elaboración sistema de registro: Abril-Mayo 2018
- Revisión de indicadores: Noviembre-Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0441

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
LAFALLA BERNAD OLIVIA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
BELLON CLAVER PILAR
BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la revisión bibliográfica se inició la puesta en común. Hasta la fecha se han realizado 3 sesiones. Se ha establecido una reunión semanal para comentar los embarazos patológicos así como la agenda semanal de cesáreas y partos de riesgo. También se ha presentado la evolución de los recién nacidos que se han considerado relevantes.
Se ha actualizado la pauta de analgesia no farmacológica en el recién nacido.
Se están revisando los protocolos de hijo de madre diabética, hijo de madre con disfunción tiroidea e hijo de madre portadora de estreptococo del grupo B (pendientes de ratificación).
Se ha actualizado el despistaje de Toxoplasmosis durante la gestación.
Se están revisando las indicaciones de screening neonatal de citomegalovirus.
Se ha comentado la administración de sulfato de magnesio a las gestantes con amenaza de parto prematuro como medida de neuroprotección.
Se han revisado las recomendaciones de asistencia al parto normal según versan en la guía de práctica clínica del sistema nacional de salud.
Se ha revisado el proceso de identificación del recién nacido.
Se ha producido la reconversión de la planta de Obstetricia y se está evaluando el impacto que este cambio ha supuesto en la atención al recién nacido y su madre.
Se han establecido unos mínimos en la información telefónica cuando se solicita la presencia del servicio de Pediatría a un parto de riesgo.
Se está estudiando la posibilidad de aproximar la cuna térmica de reanimación al quirófano correspondiente en las cesáreas.
Se ha establecido la rutina de glucemias a los recién nacidos hijos de madre con diabetes gestacional antes de llegar a la planta de maternidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de reuniones/año: 3 en 9 meses (desde el inicio de las reuniones).
Porcentaje de asistencia: 100%
Numero de protocolos actualizados: 3 (pendientes de ratificación)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global es muy satisfactoria ya que se han tratado múltiples temas muy relevantes en nuestra practica médica diaria. Queda pendiente la ratificación de los protocolos revisados y continuar con la puesta en común. Las reuniones del comité van a continuar realizándose con una periodicidad bimensual así como la reunión semanal con el servicio de Obstetricia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/441 ===== ***

Nº de registro: 0441

Título
CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, LAFALLA BERNAD OLIVIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, BELLON CLAVER PILAR, BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0441

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas y fetales en el embarazo y el parto, el diagnóstico oportuno y la atención adecuada.

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante una atención prenatal temprana, sistemática y de calidad, permitiendo identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Propiciar la atención prenatal de forma integral, mediante la creación de un equipo multidisciplinar (Unidades de Pediatría y Obstetricia) estimula acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Generar las directrices para disminuir la morbi-mortalidad perinatal.

Intervenir para mejorar el diagnóstico, seguimiento, derivación y tratamiento de los partos prematuros y neonatos prematuros.

Optimizar la coordinación para el manejo de recién nacidos que nacen con patologías susceptibles de diagnóstico prenatal y/o que requieren de tratamientos médicos o quirúrgicos especiales.

Coordinación, comunicación e integración tanto a nivel local como con la red asistencial para fortalecer los aspectos preventivos, de diagnóstico precoz, derivación fluida y tratamiento oportuno por los servicios clínicos correspondientes.

Se presentarán los casos y temas que requieren un manejo perinatal multidisciplinario.

MÉTODO

Establecimiento de rutina de reuniones periódicas del comité de salud perinatal formados por pediatras, obstetras, matronas y enfermeras de pediatría y obstetricia.

Presentación de las pacientes en control: En estas reuniones se presentan todas las pacientes en control, se actualiza el estudio, evolución y se discute el manejo en forma multidisciplinaria, consensuando las actuaciones pertinentes según la evidencia.

Presentación de Temas: se realizan presentaciones actualizadas de temas relacionados con las pacientes en control, elaborando protocolos conjuntos de actuación.

INDICADORES

Numero de reuniones/año (mínimo 2/ año, límite superior 12/año)

Porcentaje de asistencia (mínimo 50%, límite superior 100%)

Número de pacientes estudiados/embarazos controlados en el servicio (según patología).

Numero de protocolos actualizados/consensuados (mínimo 1/año).

DURACIÓN

- Abril- Mayo 2018: búsqueda bibliográfica

- Junio 2018 inicio de reuniones con periodicidad mínima 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 - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA ABIO ALBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONGOST MARIN SOFIA
LOPEZ UBEDA MARTA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
AZANZA MONTULL MAMEN
URZOLA CASTRO CARMEN
CASAJUS BETRAN CARMEN
SERAL SOLANES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En los meses de junio y septiembre se consensuó junto al Servicio de Endocrinología del Hospital el plan a seguir. Se fijó el calendario de la consulta de transición en todos los primeros lunes no festivos de cada mes. La consulta se localiza físicamente en las consulta 52 de consultas externas (correspondientes a endocrinología.). Se ha asignado una agenda específica desde el servicio de citaciones. En dicha consulta, nos reunimos la pediatra, la endocrinóloga y la enfermera perteneciente a la consulta de endocrinología. Se realiza una entrevista al paciente de manera conjunta, somatometría y medición de la HbA1c capilar. Cuando se precisa, se realiza colaboración por la enfermera y TCAE de la consulta de pediatría, así como por la enfermera de dietética y nutrición. En las primeras consultas realizadas hasta el momento actual, la supervisión del paciente ha sido realizada principalmente por la pediatra, que es la persona con quien los pacientes están más familiarizados, con el fin de que progresivamente sea la endocrinóloga quien realice este papel.

El criterio de inclusión en esta consulta ha sido principalmente la edad, se han incluido pacientes de 17 años, ó próximos a cumplirlos, con el objetivo de durante un año realizar las consultas de manera conjunta, con una periodicidad trimestral y al cumplir los 18 años continuar el seguimiento en la consulta de adultos. Hasta el momento actual (febrero 2018) se han realizado dos consultas y han sido incluidos dos pacientes. Esta previsto, cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes mediante una encuesta .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados hasta ahora alcanzados son preliminares, serán mejor concretados en la memoria final el año próximo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La iniciativa ha sido muy bien acogida tanto por los pacientes como por sus familias así como por los profesionales implicados. Creemos que en patologías de tipo crónico como es la Diabetes Mellitus tipo 1, es importante realizar en la adolescencia una transición a adultos de manera progresiva que permita un seguimiento mas cercano del paciente y redunde en un mejor control metabólico de la enfermedad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/753 ===== ***

Nº de registro: 0753

Título
DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Autores:
ABIO ALBERO SONIA, CONGOST MARIN SOFIA, LOPEZ UBEDA MARTA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, AZANZA MONTULL CARMEN, URZOLA CASTRO CARMEN, CASAJUS BETRAN CARMEN, SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen... como una "interrupción" en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario. Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente, con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento. Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta "de vuelta" tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

MÉTODO
Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.
Registro de pacientes incluidos.
Registro de consultas conjuntas realizadas.
Registro de consultas "de vuelta" realizadas.
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.
Actualización bibliográfica, Búsqueda de últimas recomendaciones internacionales.

INDICADORES
Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.
Nº de consultas "de vuelta" realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

DURACIÓN
Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.
Reunión y revisión de la experiencia inicial en diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA ABIO ALBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CONGOST MARIN SOFIA
LOPEZ UBEDA MARTA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
AZANZA MONTULL MAMEN
URZOLA CASTRO CARMEN
CASAJUS BETRAN CARMEN
SERAL SOLANES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De acuerdo con el planteamiento inicial, se estableció una consulta denominada "consulta de transición del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1". El lugar elegido fue la consulta de Endocrinología de adultos. La agenda se estableció cada primer lunes de mes con fecha de inicio en diciembre de 2018. Debido al volumen inicial de pacientes, provenientes exclusivamente de la consulta de Endocrinología pediátrica del hospital, no ha sido necesario una consulta mensual. Las fechas en las que se ha desarrollado la consulta han sido: diciembre 2018, marzo, mayo, junio, agosto, octubre, diciembre de 2019. Actualmente ya hay programadas consultas para febrero y marzo de 2020. Los profesionales implicados principalmente han sido, la pediatra encargada del seguimiento de los niños y adolescentes con Diabetes (Dra. S.Abió), la endocrinóloga de adultos (Dra. J.Altemir) y la enfermera de dicha consulta (MJ.Seral).

Los criterios de inclusión de los pacientes han sido:

-control previo realizado en el Servicio de pediatría del Hospital San Jorge

- edad comprendida entre 14-18 años

- seguimiento posterior previsto en el Hospital San Jorge.

En la consulta de Diabetes pediátrica del Servicio de Pediatría del Hospital San Jorge, se controlan a día de hoy 21 pacientes. Han sido incluidos en el programa desde diciembre -2018 hasta el momento actual 4 pacientes. En los próximos dos meses, se van a incluir 2 más. Edades comprendidas entre 15-17 años al inicio de la consulta. Dos pacientes fueron excluidos del programa de transición por cambio en el lugar de residencia. Se ha realizado una media de 3 visitas por paciente, con carácter trimestral. Durante la consulta realizada de modo conjunto por los dos facultativos y la enfermera, se ha realizado un seguimiento clínico, antropometría, con revisión de las pautas respecto al tratamiento con insulina subcutánea, correcciones según las cifras de glucemias, alimentación y determinación de Hb glicosilada principalmente

Los pacientes han acudido acompañados de sus progenitores a las primeras consultas y progresivamente solos en las siguientes. De manera individual con cada paciente en la primera consulta el pediatra presenta e un resumen de la evolución de la diabetes desde el momento de su debut. En las siguientes consultas, se han ido combinado los diferentes matices en cuanto al enfoque pediátrico y al enfoque ya de un sujeto adulto por parte de ambos profesionales.

Para la valoración de esta iniciativa por parte de los pacientes se ha preparado una encuesta, para valorar más objetivamente su opinión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido satisfactoriamente los objetivos propuestos al inicio de este proyecto

EL objetivo principal de este proyecto es aumentar la calidad de la atención que reciben nuestros jóvenes pacientes con Diabetes. La adolescencia es un periodo con importantes cambios a nivel, físico, mental y social. El poder conocer a los profesionales que van a realizar el seguimiento en edades ya consideradas adultas, de la mano del pediatra que conoce ya perfectamente a cada paciente, aporta mayor seguridad en el seguimiento y control de la enfermedad. Se ha conseguido un traspaso progresivo a un nuevo especialista, que ha sido muy bien recibido por los pacientes. Se ha favorecido también el alcanzar una mayor responsabilidad de los pacientes en su auto cuidado, otro de los objetivos de esta consulta. La comunicación entre los profesionales implicados ha sido fluida, lo cual ha favorecido, la buena organización de las consultas y el buen desarrollo de las mismas.

Tanto los pacientes como sus progenitores han manifestado en el momento de la consulta una buena acogida por esta iniciativa. A través de la encuesta se podrá valorar de manera más objetiva, y se recogerán sugerencias de mejora manifestadas por los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un hospital con estas características en cuanto a tamaño y número de pacientes atendidos, la posibilidad de cercanía entre los profesionales que trabajamos permite realizar estas consultas interdisciplinares que favorecen el seguimiento de los pacientes, mejor control y manejo de la enfermedad por parte de los adolescentes con diabetes además de enriquecer el aprendizaje de los profesionales implicados.

Esta consulta iniciada en diciembre de 2018, va a quedar ya instaurada como parte del proceso de seguimiento de los niños y adolescentes que debutan con Diabetes con el fin de mejorar la calidad en la asistencia que se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

les presta y siguiendo las recomendaciones de sociedades científicas como la ISPAD y la ADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/753 ===== ***

Nº de registro: 0753

Título
DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Autores:
ABIO ALBERO SONIA, CONGOST MARIN SOFIA, LOPEZ UBEDA MARTA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, AZANZA MONTULL CARMEN, URZOLA CASTRO CARMEN, CASAJUS BETRAN CARMEN, SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen... como una "interrupción" en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario. Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente, con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento. Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta "de vuelta" tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

MÉTODO
Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.
Registro de pacientes incluidos.
Registro de consultas conjuntas realizadas.
Registro de consultas "de vuelta" realizadas.
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

Actualización bibliográfica, Búsqueda de ultimas recomendaciones internacionales.

INDICADORES

Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.
Nº de consultas "de vuelta" realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

DURACIÓN

Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.
Reunión y revisión de la experiencia inicial en diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0418

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
MACHIN RICOL MARIA PILAR
VALLES SANTOLARIA ALBA
ALLER CONDE MARIA
MUÑOZ EZEIZABARRENA MARIA TERESA
CALVO AGUILAR JOSEFA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras revisión exhaustiva de bibliografía actual y encuesta sobre necesidades formativas se han realizado 12 talleres sobre ultimas evidencias en lactancia materna y descrito su mejor forma de aplicarlas en la practica clínica diaria.

Los contenidos principales han sido sobre:

- Indicaciones médicas de suplementación en lactancia materna y métodos de suplementación alternativos.
- Observación de una toma de lactancia materna y escalas de evaluación.
- Ventajas de la lactancia materna y riesgos de la artificial.
- Problemas de las mamas de los primeros días.
- Contacto precoz postparto
- Extracción y conservación de lactancia materna
- Rutinas de los primeros días.
- Fármacos y lactancia, enfermedades de la madre lactante.
- Pezoneras, uso, indicaciones, anquiloglosia, disfunción motora.
- Sedoanalgesia no farmacológica en el recién nacido.
- Prematuros, recién nacido enfermo, método madre canguro.
- Protocolo de lactancia materna del sector de Huesca

Además se ha realizado una evaluación de conocimientos en lactancia materna previa y otra tras la finalización de los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha administrado el cuestionario Ecola (encuesta de conocimientos sobre lactancia materna) hallando mejoría en el resultado de las evaluaciones en todos los items tras la realización de los talleres.
Se han realizado 12 talleres de 2 horas de duración cada uno y una asistencia media de 15 personas (máxima de 23 y mínima de 11). Han asistido al 75% de los mismos 9 personas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los talleres has satisfecho las necesidades formativas que se identificaron al comienzo del proyecto por lo que los talleres han resultado muy beneficiosos. Se ha conseguido mejorar habilidades que repercuten de forma positiva en la práctica diaria y se ha mejorado la comunicación entre los diferentes componentes del servicio maternoinfantil. Queda pendiente extender esta formación a todo el personal del servicio pero la presión asistencial impide una mayor asistencia a los talleres.

7. OBSERVACIONES.

Los conocimientos adquiridos en los talleres se valoran de forma positiva, si bien la excesiva rotación en los servicios de hospitalización dificulta la especialización del personal eventual que debe adaptarse a muy distintos ámbitos de trabajo. Además la rotación de turnos dificulta la asistencia a cursos de formación.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/418 ===== ***

Nº de registro: 0418

Título
FORMACION EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE TALLERES TEORICOPRACTICOS

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, SANZ DE MIGUEL PILAR, MACHIN RICOL PILAR, VALLES SANTOLARIA ALBA, ALLER CONDE MARIA, MUÑOZ EZEIZABARRENA MAITE, CALVO AGUILAR JOSEFA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0418

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La lactancia materna exclusiva (alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida) es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil con los menores costes económicos. Proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, representa la primera inmunización del lactante, protegiéndole frente a infecciones respiratorias, diarreicas y otras patologías potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. En todo el mundo, solo el 38% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, en España no hay datos oficiales pero la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses dista de las recomendaciones actuales. La OMS ha elaborado un Plan Integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño donde se fijan seis Metas Globales para 2025 siendo una de ellas aumentar la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses hasta al menos el 50%. Para esto es necesario que se produzca un mayor apoyo a la LM a nivel social y laboral, no pudiéndose responsabilizar únicamente a las familias de realizar todo el esfuerzo para conseguir estos objetivos. La falta de formación en lactancia materna de los profesionales sanitarios es una barrera para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna, por ello, el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa aconseja poner en marcha acciones de formación que ayuden a los trabajadores de maternidades y áreas pediátricas de hospitales y centros de salud, a conseguir la excelencia en la práctica clínica. En esta misma línea, el plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social incluye Estrategias y Objetivos que permitan garantizar una asistencia profesional actualizada que permita disminuir la variabilidad de la práctica clínica, mediante la mejora de la formación de sus profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

De acuerdo con el plan de calidad del Sistema Nacional de Salud se va a proceder a la organización y promoción de talleres para profesionales sanitarios para capacitación en habilidades teóricas y prácticas en lactancia materna.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía actual sobre lactancia materna, últimas evidencias.
- Evaluación teórica sobre lactancia materna a los profesionales implicados en la asistencia maternoinfantil.
- Análisis de las evaluaciones. Establecimiento de las necesidades formativas.
- Organización de los temas a tratar, asignación de personal docente
- Talleres mensuales
- Evaluación teórica sobre los conocimientos adquiridos

INDICADORES

- Evaluaciones realizadas pre y postalleres: 75%
- Asistencia a los talleres: mínimo 70%.

DURACIÓN

- Marzo 2018:
Evaluación teórica en lactancia a los profesionales implicados en la asistencia maternoinfantil.
Análisis de las necesidades formativas.
- Abril 2019: Inicio de talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0418

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0630

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA LOPEZ UBEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA ELENA
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS
ASPIROZ GUILLEN ANA ISABEL
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
CALVO AGUILAR JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva con las últimas evidencias acerca de las distintas patologías, (meningitis, encefalitis y sepsis), se realizó una reunión con puesta en común con el servicio de pediatría y microbiología en febrero de 2019. En dicha reunión se establecieron las características de los pacientes candidatos, la indicación de las técnicas, la recogida de muestras y el flujograma de seguimiento.

Posteriormente se realizó un protocolo coordinado entre pediatría y microbiología titulado: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE PANEL DE PCR MÚLTIPLE. Dicho protocolo fue pasado por la unidad de calidad del Hospital San Jorge de Huesca.

Se realizó una reunión informativa verbal al servicio de Pediatría y microbiología de la creación del nuevo protocolo para el conocimiento de todo el personal tanto médico como enfermería y auxiliares. El protocolo explicativo se encuentra a disposición del personal en la planta de Pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019 se recogieron 172 muestras (32 muestras de LCR y 140 de hemocultivo) para la realización del panel de PCR múltiple.

En cuanto al hemocultivo fue positivo en 10 pacientes de las 140 muestras recogidas (7,1%), en edades comprendidas entre los 9 días de vida y los 74 años. Los patógenos detectados fueron Staphilococcus (30%), Enterobacteriaceae (20%), Streptococcus pneumoniae (10%), Proteus (10%), Escherichia coli K1 (10%), Listeria monocytogenes (10%) y Staphilococcus aureus (10%). En el recién nacido de 9 días de vida se encontró un hemocultivo positivo a Escherichia coli K1 en contexto de cuadro de sepsis urológica en contexto de ureterohidronefrosis bilateral por válvulas de uretra posterior.

En cuanto a las muestras obtenidas de líquido cefalorraquídeo se ha realizado el panel de PCR múltiple a 32 pacientes (31 pacientes adultos y 1 paciente pediátrico) de edades comprendidas entre los 6 años y los 90 años. Este panel fue positivo en 4 de los casos (12,1%). Los patógenos detectados fueron Enterovirus (25%), Listeria monocytogenes (25%) y Herpes simplex virus (50%). El paciente pediátrico en el que el resultado fue positivo en el líquido cefalorraquídeo tenía 6 años y dio un resultado positivo para PCR de Enterovirus obteniendo el resultado en escasas horas, permitiendo realizar un tratamiento sintomático adecuado y evitando antibioterapia.

INDICADORES

- Realización del protocolo: cumplimiento 100%
- Muestras obtenidas a los pacientes indicados: cumplimiento 100%
- Resultados con identificación de patógenos: cumplimiento 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este panel ha permitido una rápida identificación de los microorganismos y un tratamiento dirigido. El conocimiento de la sensibilidad de la bacteria permite ajustar el tratamiento y usar el antibiótico con mejor farmacocinética y farmacodinamia.

En el caso de pediatría, consideramos que aunque solo 2 pacientes han sido candidatos a la utilización del panel de PCR múltiple, ha sido muy positivo porque ha permitido ajustar el tratamiento de forma precoz y un mejor abordaje del paciente. En el caso de no disponer de este panel de PCR múltiple, los pacientes hubiesen precisado el inicio de antibioterapia de forma empírica y no dirigida, con todas las consecuencias que esto conlleva. De este modo, se ha conseguido la situación ideal que es una rápida identificación del microorganismo y un tratamiento dirigido.

Pensamos que este panel es una herramienta muy útil para la práctica clínica diaria que proporciona un elemento de mejora en la calidad de la asistencia de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0630

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY

*** ===== Resumen del proyecto 2019/630 ===== ***

Nº de registro: 0630

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY

Autores:
LOPEZ UBEDA MARTA, SANCHO GRACIA ELENA, MAIRAL CLAVER MARIA PILAR, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS, ASPIROZ GUILLEN ANA ISABEL, SANZ DE MIGUEL PILAR, CALVO AGUILAR JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La meningitis y la encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central causado por microorganismos que afecta a las leptomeninges y al cerebro respectivamente. Las meningitis afecta a más de 1,2 millones de personas y la meningitis bacteriana causa 120000 muertes en el mundo cada año. La incidencia de encefalitis en la infancia es de 5-10 casos/100000 niños.

La meningitis bacteriana supone una urgencia médica ya que presenta una elevada mortalidad sin tratamiento. Los síntomas pueden presentarse de forma súbita y aumentar rápidamente, por lo que un diagnóstico rápido es esencial para iniciar un tratamiento específico. Aun así, debido al solapamiento de los síntomas, no es posible identificar los agentes causantes basándonos únicamente en la clínica, por lo que un diagnóstico precoz aseguraría un tratamiento etiológico adecuado evitando que los pacientes puedan ser tratados innecesariamente con antibióticos hasta que se descarta una infección bacteriana ya que la mayoría de las meningoencefalitis en los niños son virales.

La sepsis es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica secundario a infección asociada a disfunción orgánica. Presenta una incidencia de 56-60 sepsis/100000 niños con una mortalidad hospitalaria global es de un 9-12,4%. La incidencia, morbilidad y mortalidad de la sepsis la convierten en un importante problema sanitario. El Panel de Meningitis y Encefalitis FilmArray es un novedoso panel autorizado por la FDA, sencillo, fácil, rápida e integral, capaz de analizar de forma simultánea a 16 patógenos (bacterianos, víricos y levaduras) en una única muestra de líquido cefalorraquídeo y sangre. Ofreciendo un resultado rápido en escasas horas. Lo que puede contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad del paciente con meningitis, encefalitis y sepsis al realizar una rápida identificación y un tratamiento precoz y adecuado. Los patógenos identificados son: bacterias (Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Neisseria meningitidis, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae), virus (Citomegalovirus, Enterovirus, Virus Epstein-Barr, Herpes simplex virus 1 y 2, Parechovirus humano, virus Varicela Zoster) y levaduras (Cryptococcus neoformans/gattii).

RESULTADOS ESPERADOS
Clasificar e identificar a los pacientes candidatos a someterse a esta nueva técnica para facilitar la identificación del patógeno causante y la elección de un antibiótico más específico evitando así la aparición de resistencias antibióticas.
Adelantarnos a las técnicas habituales de diagnóstico para llevar a cabo las medidas terapéuticas oportunas.
Optimizar los recursos disponibles

MÉTODO
Revisión bibliográfica actual con las últimas evidencias.
Puesta en común con el servicio de pediatría y microbiología.
Realizar un protocolo para la indicación de estas técnicas.
Puesta en marcha del proyecto.
Evaluación de los resultados y datos obtenidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0630

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY

INDICADORES

Realización de un protocolo 100%
Muestras obtenidas a los pacientes indicados 100%
Resultados

DURACIÓN

Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en marzo 2019
Reunión informativa e indicaciones al equipo de pediatría en abril 2019
Recogida de datos y revisión de los resultados a finales de diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE CARLOS ABADIA EZQUERRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. POOL ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MOYANO LORETO MARIA
LECINA ALASTRUEY AIDA
BESCOS VAQUERO SANDRA
MARTINEZ MARTINEZ ESMERALDA
FRECHIN PERTUSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha recopilado información sobre las actividades y tareas que se realizan en cada Servicio o Unidad del Hospital San Jorge de Huesca, también la ubicación de algunos recursos materiales, especificaciones según el turno de mañana, tarde y noche e información relevante o específica de cada Unidad.

Se ordeno dicha información en un registro informático, tras ello se validó dicha información mediante la consulta a las enfermeras supervisoras así como con otros compañeros y de manera paralela se consultaron los distintos documentos de acogida o información que se facilitaban, hasta el momento, al personal de nueva incorporación.

Después, la información se facilitó por medio de una aplicación móvil gratuita, facilitando un enlace de descarga a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad Pull, así como al personal ya en plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS:

- Mejorar las condiciones profesionales y las competencias asistenciales facilitando así la práctica clínica, al disponer de información de la unidad en la que se esta trabajando.
- Disminución del estrés del personal.
- Disminución de errores y olvidos, tanto en la asistencia al paciente como en las labores administrativas o de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

RESULTADOS:

- Se puede observar las gráficas de uso, que se adjuntan, de la aplicación.
- Las reacciones ante la iniciativa de los trabajadores ha sido muy positiva.
- La aplicación se ha actualizado constantemente, dando la posibilidad a todo el personal a participar en su desarrollo aportando opiniones o conocimiento e incluso alertando de cambios o directrices de las distintas Unidades o Servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Seguiremos intentado mejorar y actualizar la aplicación, así como poder tenerla disponible para iphone.

7. OBSERVACIONES.

- Se han recibido varias felicitaciones por la iniciativa, incluso una entrevista en la revista Enfermería en Desarrollo.
- para el futuro; se pretende conseguir presupuesto para mejorar su estética y poder tenerla disponible para iphone.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/136 ===== ***

Nº de registro: 0136

Título
WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ABADIA EZQUERRA CARLOS, GARCIA MOYANO LORETO MARIA, LECINA ALASTRUEY AIDA, BESCOS VAQUERO SANDRA, MARTINEZ MARTINEZ ESMERALDA, FRECHIN PERTUSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS

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

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Enfermería Pull, es una plantilla de enfermería adicional que solventa las situaciones en las que se requiere sustitución o refuerzo de las plantillas de manera puntual, en ocasiones, sin previo entrenamiento y con experiencia limitada en ciertas Unidades.

Trabajar en la Unidad Pull de enfermería supone un gran reto. Se han de conocer las particularidades de los diferentes Servicios y Unidades sobre todo de las especiales; la forma de organizar el trabajo, peculiaridades de la práctica clínica en distintas especialidades, conocimiento de técnicas y protocolos, labores administrativas, ubicación de recursos materiales, etc.

Además este tipo de personal está expuesto a diversos factores que pueden comprometer su compromiso profesional, como el aumento del estrés o ansiedad debido a los constantes cambios de Servicio o Unidad, sentimiento de no pertenencia a la institución, pérdida de control de ciertas situaciones, etc. A todo esto hay que sumar, como es natural, la exigencia en cuanto al cumplimiento con el trabajo diario como de un miembro de la plantilla habitual se tratara y la formación, en ocasiones insuficiente, por las causas descritas anteriormente, por parte de las administraciones sanitarias.

Encontramos entonces que podría ser útil tener siempre a mano la información básica, relativa a cada Unidad o Servicio específico.

WIKIPOOL es una aplicación gratuita para móviles ideada y desarrollada para servir de ayuda en la práctica clínica diaria del personal de enfermería que presta servicio en la Unidad de Enfermería Pull (pool, enfermera volante, enfermera localizada o "corre turnos"), del Hospital San Jorge de Huesca.

La aplicación pretende ser simplemente una recopilación de directrices para el trabajo diario de este grupo de enfermeros, que abarca información como la que se puede encontrar en el manual de acogida al personal de las unidades, instrucciones, recomendaciones acerca de la practica clinica, técnicas, ubicación de recursos materiales y servicios, funcionamiento de unidades y tareas administrativas. De esta manera se pretende facilitar la integración, clarificar ciertas directrices y servir de apoyo tanto al personal nuevo como al más veterano.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante esta herramienta se pretende:

- Mejorar las condiciones profesionales y las competencias asistenciales facilitando así la práctica clínica, al disponer de información de la unidad en la que se esta trabajando.
- Disminución del estrés del personal.
- Disminución de errores y olvidos, tanto en la asistencia al paciente como en las labores administrativas o de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

MÉTODO

El trabajo se llevará a cabo recopilando información que, de manera altruista, el personal actual de la Unidad Pull, ofrecerá. Se recopilarán y ordenarán en un registro informático los conocimientos, experiencias, apuntes, etc. Tras ello se validará dicha información mediante la consulta a las enfermeras supervisoras así como con otros compañeros y de manera paralela se consultarán los distintos documentos de acogida o información que se facilitan, hasta el momento, al personal de nueva incorporación.

Tras todo ello, y debido principalmente a la extensión de la información recopilada, se decidió incluir todo en una aplicación móvil gratuita, mediante la cual pudiera consultarse de una manera rápida y fácil. La aplicación contendrá la descripción de las tareas de todos los Servicios o Unidades frecuentados por el personal Pull. Además de la ubicación de algunos recursos materiales, especificaciones según el turno de mañana, tarde y noche, o información relevante o específica de cada Unidad.

Hay que destacar la versatilidad de esta idea, puesto que la aplicación estará en constante evolución, adaptación y actualización, dando la posibilidad a todo el personal a participar en su desarrollo aportando opiniones o conocimiento e incluso alertando de cambios o directrices de las distintas Unidades o Servicios. El coste del proyecto será de 0 euros.

Se facilitará un enlace de descarga a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad Pull, así como al personal interino ya en plantilla. La aplicación, no estará disponible en Play Store por motivos de privacidad, confidencialidad y buen uso del instrumento.

INDICADORES

El uso de la aplicación móvil, sera monitorizado. Se realizaran cálculos descriptivos del uso de la herramienta móvil, descarga y uso diario.

DURACIÓN

El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que la aplicación este disponible para todo aquel personal que se una a la Unidad de Pull. La versatilidad y dinámica de la herramienta permitirá ir realizando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

cambios en la información proporcionada cuando esto sea necesario.

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 : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE AMAYA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una entrevista semiestructurada para realizar un cribado de pacientes según su idoneidad o no para la pertenencia a un grupo psicoterapéutico en el cual es criterio de exclusión el padecer un trastorno depresivo, ansioso, somatomorfo o disociativo de intensidad grave. De esta forma, la entrevista que se ha elaborado ha filtrado a aquellos pacientes que padecen este tipo de trastornos con una intensidad leve o moderada, que son los idóneos para participar en el programa.

Para ello se ha realizado una revisión sistemática y exhaustiva sobre la bibliografía existente para la elaboración de una entrevista semiestructurada que tenga buena fiabilidad y validez, y se ha consultado a expertos en estadística para su validación.

Para estos fines, se han cumplido los tiempos que marcamos en los objetivos iniciales, que son:

- Junio y Julio de 2016: revisión bibliográfica sobre elaboración de entrevistas.
- Agosto y Septiembre de 2016: confección de entrevista.
- Octubre de 2016 a Mayo de 2017: realización de entrevistas a posibles candidatos a la terapia.

Como el personal derivante de pacientes a este grupo psicoterapéutico son los médicos de atención primaria de los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro de Huesca, se han realizado dos sesiones informativas a los integrantes de estos centros, los días 15 de julio y 22 de julio de 2016. En estas sesiones informativas, se explica detalladamente el programa, así como los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes, para que ellos hagan una primera criba de pacientes que a su juicio clínico sean idóneos, y después pasar a hacer la entrevista que filtre de forma definitiva a estos candidatos.

También se han colgado varios pósters informativos en los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro de Huesca para que aquellos pacientes que consideren poder beneficiarse de este programa, soliciten a su médico de familia una derivación al mismo, y éste les derive a la entrevista si lo consideran conveniente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este tiempo, ha habido un total de 59 derivaciones de pacientes por parte de los médicos de familia de los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro al programa de atención continuada.

De estos 59 pacientes, se ha realizado la entrevista al 48 de ellos (no acuden a la entrevista 11 de ellos), de los cuales 28 han pasado el filtro como pacientes idóneos para el programa (es decir, pacientes que padezcan un trastorno depresivo, ansioso, somatomorfo o disociativo de carácter leve o moderado, quedando excluidos los pacientes con estas patologías de nivel grave, que son remitidos al Centro de Salud Mental).

Así, como el protocolo de David H. Barlow (2015), en el cual nos basamos para realizar este programa, indica que los grupos han de ser de 12 personas, se han podido formar hasta la fecha 2 grupos de psicoterapia de 12 pacientes cada grupo, quedando 4 pacientes en espera para formar parte del siguiente grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo responsable de la elaboración de este protocolo, consideramos que ha sido de gran utilidad y una herramienta imprescindible el contar con esta entrevista para poder obtener a los candidatos aptos a este formato de terapia.

Este proyecto es sostenible debido a su bajo coste económico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1280 ===== ***

Nº de registro: 1280

Título
ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR AMAYA, GIL PELEATO EVA, VILLALBA YUSTE FERNANDO, ALAYETO GASTON MARIAN, SANCHEZ LUCAS NAIARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe una cada vez mayor prevalencia de los trastornos mentales en la población general. En los países occidentales, se calcula que un 40% de la población sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Los trastornos mentales generaron en 2002 un coste económico de 7.019 millones de euros, de los cuales los costes médicos directos supusieron el 36,9%, los costes asociados a cuidados informales el 17,7% y los costes por baja laboral el 42,7%. Los trastornos mentales son la segunda causa de baja laboral en España (Centro de Investigación Biomédica en Red 2002).

En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo. Entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos (Secades et al. 2003).

La terapia cognitivo-conductual para los trastornos emocionales, ha mostrado ventajas a largo plazo en relación al coste/efectividad sobre el uso de antidepresivos (Hollinghurst, Kessler, Peters y Gunnell, 2005).

Por ello, se ha visto necesario el desarrollo de una intervención que prevenga o disminuya la aparición de síntomas psicopatológicos.

El programa de atención continuada de residentes de psicología clínica consiste en una terapia de grupo para los trastornos emocionales, basada en el enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales, siguiendo el protocolo unificado de David H. Barlow (Barlow, 2015).

Este protocolo se centra en las clásicas técnicas de la terapia cognitivo-conductual que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos aislados.

Se enfatiza la prevención de la evitación, la exposición conductual e interoceptiva, la modificación de cogniciones desadaptativas y el incremento de conciencia emocional.

Los participantes se seleccionan de los centros de salud del Perpetuo Socorro y de Pirineos (Huesca). Todos ellos mayores de edad. La derivación viene desde el médico de familia, que detecta los posibles candidatos y los deriva al programa.

Estos candidatos, son personas con un trastorno emocional de intensidad leve o moderada (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, estrés, trastorno somatomorfo o trastorno disociativo).

Al ser requisito indispensable que la persona no sufra un trastorno de intensidad grave, se requiere un cribado que excluya a este tipo de personas, las cuales serán derivadas a una unidad de salud mental de adultos.

Por este motivo, surge la necesidad de la elaboración de una entrevista semi estructurada que detecte la idoneidad del paciente para la pertenencia al programa o no (además de la realización de varios test psicodiagnósticos validados que ayuden a detectar si el candidato cumple los requisitos pertinentes: BDI, BAI, WHOQOL-BREF y Termómetro de la salud).

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es la creación de una entrevista semi estructurada que permita al terapeuta la discriminación de aquellos pacientes que serían susceptibles de pertenecer al programa de terapia de grupo para el tratamiento de trastornos emocionales leves-moderados

MÉTODO

Una tarde a la semana (martes de 16 a 20 horas) para la realización de las entrevistas para reclutar candidatos a la terapia de grupo.

La otra tarde (jueves de 16 a 20h) irá destinada a la terapia de grupo propiamente dicha.

Dos residentes de Psicología Clínica del hospital San Jorge que serán los encargados de realizar las entrevistas, así como los cuestionarios de cribado.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Nº pacientes que son derivados al programa por el médico de familia.
Nº pacientes que realizan la entrevista.
Nº pacientes que pasan la criba para pertenecer a la terapia.

DURACIÓN

1ª parte: junio y julio: revisión bibliográfica sobre elaboración de entrevistas.
2ª parte: agosto y septiembre: confección de entrevista.
3ª parte: octubre a mayo: realización de entrevistas a posibles candidatos a la terapia.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0115

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE BARBARA MORER BAMBA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL PELEATO EVA
ROMERA MORALES JOSE DAVID
URZOLA CASTRO CARMEN
CARCELLER TEJEDOR AMAYA
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO
LACAL ALEJANDRE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión bibliográfica y de guías de práctica clínica sobre la evaluación psicológica en TCA
- Selección de las pruebas psicométricas más adecuadas
- Solicitud de compra de alguna de las pruebas
- Creación de un documento Word a modo de plantilla donde registrar las puntuaciones de cada prueba por paciente.
- Administración de las pruebas a los pacientes nuevos en la unidad
- Corrección de las pruebas
- Registro de las puntuaciones en la plantilla correspondiente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del protocolo y plantilla de registro Alcanzado
Implantación del protocolo Alcanzado
Casos nuevos con protocolo entregado 100%
Casos nuevos con protocolo completado 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La corrección y registro de las puntuaciones, así como su interpretación, requieren mucho tiempo y éste es difícil extraerlo del destinado a la asistencia. Por otro lado, con el cambio de ordenadores, se han perdido programas de corrección de tests psicológicos, motivo por el cual no se han podido corregir tests de los últimos pacientes nuevos. Siendo necesaria la compra de nuevo material, aun pendiente. Por restos motivos la sostenibilidad del proyecto está en riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/115 ===== ***

Nº de registro: 0115

Título
MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, GIL PELEATO EVA, PELEGRIN VALERO CARMELO, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, OJEDA MARTINEZ AINHOA IRUNE, LACAL ALEJANDRE LAURA, URZOLA CASTRO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0115

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge de Huesca es una unidad especializada, interdisciplinar, orientada al tratamiento integral de los pacientes en la provincia. Facilitando el acceso de tratamiento en el propio territorio. Se detecta la necesidad de instaurar un protocolo de evaluación psicológica con el fin de mejorar ésta, así como la precisión en el diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la evaluación psicológica de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, tanto adolescentes como adultos, que acuden a la unidad, a través de un protocolo individualizado de evaluación.

MÉTODO

Aplicar el protocolo de evaluación en la primera acogida en la consulta de Psicología Clínica y elaborar un documento en el que se recojan de forma unificada los resultados. El protocolo de evaluación consistirá en una serie de instrumentos y escalas estandarizadas, así como de la entrevista clínica psicológica. Se requiere de tiempo para la revisión bibliográfica y elaboración del material, colaboración de los residentes de Psicología Clínica que rotan en la unidad, y disponer de los test e instrumentos de medida.

INDICADORES

Elaboración del protocolo y del documento de registro de resultados. El indicador de evaluación será el número de casos atendidos desde Psicología Clínica que tengan completado el documento en el plazo de un mes desde la primera entrevista. El límite inferior es del 70% y superior del 100% de los casos atendidos con el documento completado.

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio es marzo de 2018, y fin marzo de 2019.

3 meses para búsqueda bibliográfica, revisión de Guía de Práctica Clínica y elaboración del protocolo y documento de resultados.

9 meses para la implantación del protocolo.

3 meses finales de evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0106

1. TÍTULO

ABORDAJE PSICOLÓGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE BARBARA MORER BAMBA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVERA FANDOS LAURA
URZOLA CASTRO CARMEN
ALTEMIR TRALLERO JARA
PELEGRIN VALERO CARMELO
GIL PELEATO EVA
REFOYO MATELLAN BELEN
ROMERA MORALES DAVID JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión bibliográfica sobre factores psicológicos y obesidad, así como intervención psicológica grupal. Coordinación con servicio de Endocrinología y Nutrición, con intervención del médico endocrino y la enfermera de nutrición. Derivación y selección de los candidatos a participar en el programa.

Se realizó una parte educativa consistente en 4 charlas realizadas por médico endocrino, enfermera de nutrición, psicóloga interna residente y psiquiatra de UTCA.

A continuación se realizó la psicoterapia grupo propiamente dicha llevada a cabo por la Psicóloga Clínica de la UTCA en coterapia con la Psicóloga Interna Residente. Se trata de un grupo cerrado, semanal, de entre 10-12 pacientes, de entre 60-90 minutos de duración por sesión. Se abordan temas como Comer emocional, Adicción a la comida, Culpa, Vergüenza y Relaciones interpersonales

Evaluación psicológica pre y post tratamiento.

Finalmente el grupo lo componen 9 pacientes, pero finalizan todas las sesiones 5 mujeres. El 100% refieren al menos un evento traumático a lo largo de su vida y presenta un patrón alimentario anormal, además de un nivel de sufrimiento psíquico situado entre el Pc 85-90. Predomina el patrón de personalidad evitativo-dependiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la intervención el 80% de la muestra ha perdido peso, y se encuentra un aumento estadísticamente significativo en calidad de vida (sig. 0,043), y disminución del Índice de Riesgo de TCA (sig. 0,042) e Índice sintomático general (sig. 0,043).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las personas con obesidad suelen presentar patrones de conducta alimentaria alterados así como un nivel de sufrimiento acusado y se pueden beneficiar de un tratamiento psicológico grupal. La muestra analizada ha obtenido beneficios a nivel físico, psicológico y en calidad de vida. La inclusión de este tipo de tratamientos en los servicios hospitalarios se hace necesaria para el abordaje integral de esta patología. Por lo que sería necesario aumentar el tiempo de dedicación a la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge, ya que ahora mismo, la psicóloga clínica, el psiquiatra y la nutricionista sólo disponen de un día semanal para tratar casos grave de anorexia, bulimia, trastorno por atracón y obesidad. No hay tiempo para poder hacer grupos pese a la eficiencia que demuestran.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/106 ===== ***

Nº de registro: 0106

Título
ABORDAJE PSICOLOGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, CALVERA FANDOS LAURA, URZOLA CASTRO CARMEN, ALTEMIR TRALLERO JARA, PELEGRIN VALERO CARMELO, ALAYETO GASTON MARIAN, GIL PELEATO EVA, ROMERA MORALES DAVID JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0106

1. TÍTULO

ABORDAJE PSICOLÓGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge se detecta la necesidad de abordar los casos de obesidad desde un enfoque integral que incluya el tratamiento psicológico. Tanto la obesidad generada por un trastorno de atracón, como por hiperfagia, y la dificultad de estos pacientes para seguir una dieta, esconden en muchas ocasiones una problemática emocional subyacente. Numerosos estudios han hallado una elevada presencia de síntomas de ansiedad y depresión en estos pacientes, así como una relación entre fracaso de las técnicas de cirugía bariátrica y factores psicológicos.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un abordaje integral e interdisciplinario de los casos de obesidad, haciendo especial hincapié en el abordaje psicológico, con el objetivo de modificar los factores psicológicos que influyen en la conducta de sobreingesta. La población diana será mujeres y hombres mayores de 18 años con IMC a partir de 30, en seguimiento en Servicio de Endocrinología del Hospital San Jorge, para los cuales la obesidad sea egodistónica y estén dispuestos a implicarse en un tratamiento grupal continuado.

MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre factores psicológicos y obesidad, así como intervención psicológica grupal. Coordinación con servicio de Endocrinología y Nutrición, con intervención del médico endocrino y la enfermera de nutrición. Derivación y selección de los candidatos a participar en el programa.

Se realizará una parte educativa consistente en 4 charlas realizadas por médico endocrino, enfermera de nutrición, psicóloga interna residente y psiquiatra de UTCA.

A continuación se realizará la terapia grupo propiamente dicha llevada a cabo por la Psicóloga Clínica de la UTCA en coterapia con la Psicóloga Interna Residente. Se trata de un grupo cerrado, semanal, de entre 10-12 pacientes, de entre 60-90 minutos de duración por sesión.

Se necesita una sala amplia acondicionada con equipo informático y proyector (ideal sala de juntas 7ª planta) con disponibilidad semanal durante 3 meses.

Son necesarios tests psicológicos para la evaluación psicológica pre y post tratamiento.

INDICADORES

Implantación del proyecto en el calendario previsto.
Evaluación psicométrica de síntomas psicológicos antes y después.
Un indicador positivo sería la reducción del peso en los participantes.
Valoración positiva de las encuestas de satisfacción que se pasarán a los participantes.

DURACIÓN

febrero 2019: inicio revisión bibliográfica y coordinación con servicios implicados
marzo 2019: inicio de derivación y selección de participantes
marzo-abril 2019: inicio del abordaje grupal
junio 2019: finalización terapia grupal
julio-septiembre 2019: corrección de los tests y análisis de los datos obtenidos
octubre-noviembre 2019: realización de memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA CAJA BUETAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
PELEGRIN VALERO CARMELO
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
LAUNA ZAMORA CRISTINA
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES:

- Unificación de protocolos consensuados entre los dos servicios.
- Realización de una reunión informativa del protocolo con todo el personal, tanto en urgencias como en psiquiatría
- Envío del protocolo vía e-mail .
- Difusión y exposición del flujograma realizado en el tablón de Urgencias, donde se indican las actividades.
- Difusión de la lista de verificación del cumplimiento del protocolo en el servicio de psiquiatría.
- Recogida de datos en psiquiatría, del paciente que ingresa, durante el periodo de 25 días entre noviembre y Diciembre, y así evaluar el cumplimiento del protocolo.

CALENDARIO:

- Ultimo trimestre de 2016: Redacción del proyecto de mejora y elaboración del protocolo unificado.
- 1º y 2º trimestre de 2017: Difusión del protocolo.
- Ultimo trimestre de 2017: Recogida de datos según la lista de verificación y evaluación de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS:

- Estandarización del protocolo entre los dos servicios.
- De los 28 pacientes ingresados durante el periodo a estudio, se obtienen los siguientes resultados, según la lista de verificación establecida:
 - 1-El 93% de los pacientes ingresan acompañados del psiquiatra.
 - 2-El 85% de los pacientes, no son portadores ni llevan en la bolsa de pertenencias objetos peligrosos.
 - 3-El 68% de los pacientes ingresan con la ropa debidamente identificada.
 - 4-El 93% de los pacientes ingresan con pijama o camisón según corresponde.
 - 5-El 57% de los pacientes llegan a la unidad con la historia clínica en el momento del ingreso.
 - 6-Del total de los pacientes, casi el 30% ingresaron con sujeción física, de éste porcentaje casi el 90% estaban correctamente contenidos.
- Del total de los pacientes estudiados, el 18% no cumple alguno de los items establecidos en la lista de verificación.

IMPACTO:

Este proyecto ha tenido repercusión en la disminución del peligro potencial al que estamos expuestos en determinados momentos, gracias a la concienciación y coordinación del equipo de los dos servicios implicados, tanto en Urgencias al recibir al paciente psiquiátrico, como en psiquiatría al realizar el seguimiento y evaluar el cumplimiento del protocolo.

INDICADORES:

- Número de profesionales que han asistido a la sesión explicativa del nuevo protocolo/ Número de profesionales que deben conocer este nuevo protocolo.
- Numero de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un periodo de 25 días/ Numero de Pacientes que ingresan desde urgencias en ese periodo.
- *Se cotejará, mediante una lista de verificación de 5 puntos, (6 puntos en el caso de paciente contenido)

FUENTE:

- Lista de verificación del cumplimiento del protocolo.

MÉTODO DE OBTENCIÓN:

-Obtención de una base de datos a través de las necesidades demandadas por el personal, para mejorar las condiciones del ingreso del paciente, disminuyendo la peligrosidad y aumentando la seguridad del paciente y del personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

- La existencia de un protocolo único consensuado y estandarizado, con la unificación de criterios entre los dos servicios, para evitar el riesgo potencial de auto o heteroagresividad del paciente, mejorando su seguridad y la del personal.
- La concienciación del personal, sobre la importancia que tiene la atención del paciente psiquiátrico, para evitar riesgos.
- Incidir en que la historia clínica se reciba en el momento del ingreso del paciente, para agilizar el trabajo y los registros.
- Este estudio ha sido favorecedor para fomentar la coordinación y colaboración del equipo de ambos servicios.

RECOMENDACIONES:

Continuar en el seguimiento del cumplimiento del protocolo, poniendo en conocimiento del equipo de los dos servicios, la posibilidad de realizar nuevos periodos a estudio, para recordarlo, sostener el proyecto y seguir evaluando los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/278 ===== ***

Nº de registro: 0278

Título
INGRESO DESDE URGENCIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO EN LA UCE

Autores:
CAJA BUETAS ROSA, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASASUS ESCUER ISABEL, LAUNA ZAMORA CRISTINA, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
- Existencia de varios protocolos.
- Variabilidad en los ingresos y no se hacen de forma estandarizada.
- Falta de coordinación entre los dos servicios en el proceso ingreso paciente

RESULTADOS ESPERADOS
-Unificar los protocolos existentes
-Estandarizar el proceso del ingreso consensuado entre los dos servicios y entre todos los miembros del equipo multidisciplinar.
-Eliminar o disminuir el extravío de enseres de los pacientes en el proceso de ingreso.
-Disminuir posibles riesgos lesivos en el paciente auto o heteroagresivo.

MÉTODO
-Revisión de los protocolos existentes, para unificarlos entre los dos servicios.
-Adecuación de las necesidades a cada tipo de paciente, en relación al riesgo potencial de auto o heteroagresividad.
-Difusión a todos los miembros del equipo, de la existencia del nuevo protocolo, por medio de reuniones, y entrega del mismo.
-Definición de las tareas a realizar por cada miembro del equipo.

INDICADORES
-Numero de pacientes que ingresan en la unidad y no cumplen el protocolo de ingreso / Numero de pacientes que ingresan en la unidad desde urgencias.
-Creación de una base de datos para cuantificar las desviaciones del protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

DURACIÓN

- Ultimo trimestre 2016: -
- Redacción proyecto mejora.
- Elaboración del protocolo unificado.
- De Enero a Octubre de 2017:
- Difusión del nuevo protocolo
- Puesta en marcha del nuevo protocolo,
- Cumplimentación base de datos.
- De Octubre a Diciembre:
- Evaluación de los resultados y análisis de los mismos

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	: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE CARMELO PELEGRIN VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCAR ARGUIS CESAR
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
CABRERO CEBRIAN VISITACION
LOPEZ BERNUES RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se diseñó un tríptico que consta de tres partes:

1.1. Cuestionario de triaje para el riesgo suicida en Urgencias de Horowitz

1.2. Cuestionario para la valoración de la gravedad de la conducta suicida en urgencias

1.3. Ítems dicotómicos de;

a) Factores predisponentes: trauma o abuso infantil; sobreprotección infantil; antecedentes de intentos suicidas; antecedentes familiares de conducta suicida; ausencia de pareja; aislamiento social; abuso de drogas; enfermedad somática grave; dolor crónico incapacitantes; accesibilidad a métodos violentos; personalidad del clúster B.

b) Factores precipitantes: duelo reciente; acontecimientos vitales estresantes; acumulo de experiencias negativas; posibilidad de consumo de sustancias desinhibidoras.

c) Psicopatológica: desesperanza; impulsividad; inestabilidad emocional/desregulación afectiva; dificultad para solucionar problemas; pensamiento dicotómico (ley de todo o nada); rigidez cognitiva; vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos; agresividad; sentimientos de vacío crónico y sentimientos de rabia.

Con este tríptico el médico de urgencias ha evaluado a todos los pacientes que han acudido a urgencias con ideación autolítica o tras haber realizado un gesto o intento autolítico. En base al mismo y basado en una valoración cualitativa se ha decidido el ingreso en la UCE o se ha procedido al alta.

Una vez ingresado el mismo protocolo ha servido al equipo multidisciplinar (enfermería, psicología o psiquiatría) para tratar de forma focal (terapia focal) ítems concretos (p. ej. desesperanza o duelo reciente) y para tomar la decisión de proceder al alta del paciente tras la intervención en crisis. Para ello se han utilizado las técnicas psicoterapéuticas más aceptadas en la actualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este procedimiento se ha evaluado e ingresado a los siguientes pacientes en el año 2017 que han acudido a Urgencias con ideación autolítica. Se han visto 132 pacientes con ideación y/o intento autolítico; varios de ellos han repetido por lo cual se ha visto en total 104 y se ha ingresado 59 casos, es decir, más del 50 %. A continuación, se detallan todos los pacientes ingresados y con los diagnósticos realizados en urgencias.

INGRESOS: 59

Primer diagnóstico:

Ideas de suicidio: 16

Intoxicación no accidental por fármacos: 5

Intoxicación medicamentosa: 7

Intoxicación aguda por alcohol: 1

Intoxicación por benzodiazepinas: 2

Intoxicación por producto desconocido: 1

Intoxicación por tranquilizantes: 1

Observación para presunta enfermedad mental: 3

Observación por presunto intento de suicidio: 10

Trastorno de la personalidad no especificado: 5

Problemas/Trastornos de conducta: 2

Trastorno mixto de la personalidad rasgos límites y dependientes: 1

Rasgos vulnerables de la personalidad: 1

Depresión mayor: 1

Abuso de sedantes/hipnóticos o ansiolíticos: 1

Ansiedad: 1

Cuerpo extraño en la laringe (ingestión de cuchilla tras cortes en muñeca): 1

Segundo diagnóstico:

Ideas de suicidio: 3

Alteración de la conducta: 1

Intento autolítico: 1

Depresión: 4

Dependencia alcohólica: 1

Intoxicación por paracetamol: 1

Trastorno de personalidad con rasgos límites: 20

Trastorno de personalidad clúster B: 4

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Trastorno de conducta de inicio en la infancia: 1
Trastorno de adaptación con humor deprimido: 1
Trastorno delirante con ideas paranoides: 1
Trastorno disociativo/de conversión: 1
Trastorno esquizoafectivo: 1
Trastorno mixto de la personalidad: 1
Valorar clínica de espectro psicótico: 1
Rasgos vulnerables de la personalidad: 1
Trastorno personalidad clúster C: 1
Tercer diagnóstico:
Dependencia a la heroína: 1
Intoxicación aguda por alcohol: 2
Rasgos vulnerables de personalidad: 1
Dependencia a cocaína: 1
Otros estados de ansiedad: 1
Duelo prolongado: 1

A continuación, se detallan todos los pacientes no ingresados y con diagnósticos realizados:

NO INGRESO: 72

Primer diagnóstico:

Ideas de suicidio: 11

Ansiedad: 4

Abuso de alcohol: 1

Intoxicación no accidental por fármacos: 9

Intoxicación accidental por fármacos: 1

Intoxicación medicamentosa: 12

Intoxicación por antidepresivos: 2

Intoxicación por benzodiazepinas: 7

Intoxicación por paracetamol: 2

Intoxicación por sedantes: 1

Intoxicación por tranquilizantes: 2

Observación por presunto intento de suicidio: 7

Trastorno de la conducta: 1

Trastorno de personalidad no especificado: 8

Trastorno bipolar: 2

Trastorno personalidad clúster B: 15

Trastorno explosivo de la personalidad: 1

Segundo diagnóstico:

Dependencia a cocaína: 1

Abuso de alcohol: 1

Abuso de cannabis: 2

Esquizofrenia estabilizada: 1

Gesto autolítico: 2

Grave ludopatía: 1

Historia de abuso de tóxicos: 1

Ideas de suicidio: 2

Ingesta de benzodiazepinas: 2

Ingesta medicamentosa voluntaria: 2

Intoxicación accidental: 1

Intoxicación aguda por alcohol: 3

Intoxicación medicamentosa: 4

Intoxicación por AINES: 1

Observación presunto intento de suicidio: 1

Ansiedad: 2

Trastorno de la personalidad sin especificar: 4

T. Personalidad clúster B: 2

T. de adaptación: 2

Trastorno por consumo de cocaína: 1

T dependencia de alcohol y cocaína: 1

Trastorno ansioso depresivo: 1

Tercer diagnóstico:

Abuso de cocaína: 1

Episodio depresivo: 3

Abuso de cannabis: 1

Consumo perjudicial de tóxicos: 1

Intento autolítico sin letalidad: 1

Intoxicación por benzodiazepinas: 1

Trastorno bipolar: 1

Trastorno de adaptación: 1

Trastorno mixto de personalidad: 1

ABORDAJE DE LOS PACIENTES EN PLANTA:

De los 59 pacientes con ideación autolítica 29 tenían un TRASTORNO DE PERSONALIDAD, la mayoría con rasgos inmaduros-limites, el abordaje en planta ha consistido en los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

A todo paciente que ingresa en UCE se le hace una Valoración según los "Patrones Funcionales de Gordon".

En el Patrón de: Adaptación-Tolerancia a estrés se valoran los siguientes Factores de Riesgo:

Antecedentes de violencia autodirigida

Manifiesta deseos de morir (verbal)

Antecedentes de intento de suicidio

Patrón de amenaza de violencia (p. ej amenaza verbal sobre propiedades/personas, amenazas sociales, maldiciones, actos/gestos de amenazas...

Impulsividad.

Desesperanza

Ideación suicida

Rasgos de impulsividad

Agresividad

Ansiedad

Hipersensibilidad al estrés social

Dificultad para solucionar problemas

Sentimientos de rabia

Sentimientos de vacío crónico

Pensamiento dicotómico

Se incluyen en el Plan de Cuidados el Diagnóstico de Riesgo:

Riesgo de suicidio. 00150. Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida
Factor relacionado: Manifiesta deseos de morir

NOC Autocontrol del impulso suicida

NIC Prevención del suicidio

Actividades

Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio

Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y

Franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.

Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad,

Control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva).

. Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el

Deseo de autolesión.

NIC: Manejo ambiental: prevención de la violencia

Actividades

Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros

Controlar la seguridad de los artículos que traen las visitas.

2. INTERVENCIÓN PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA. Hemos realizado una "Intervención en crisis" con la aplicación fundamentalmente de las siguientes técnicas:

2.1. Terapia dialéctica conductual. A diferencia de otros enfoques para el tratamiento de los trastornos de personalidad la terapia dialéctica evita activamente el "culpar a la víctima". El tratamiento se focaliza en la validación y el "empoderamiento". Se le ayuda a regular sus reacciones emocionales, a reducir los comportamientos extremos asociados a estas reacciones y a aceptarlas.

2.2. Terapia interpersonal. El énfasis se da al cambio en el contexto inmediata de la persona, su manera de reaccionar ante el estrés en los cambios importantes en la vida y la disfunción personal.

2.3. Terapia icónica. El uso de iconos (imágenes simbólicas que guían la conducta adaptativa) facilita la comprensión de los contenidos terapéuticos y, una vez terminada la terapia, serán evocados de forma rápida mediante la memoria visual. Esta evocación rememora, a través del icono, los conceptos terapéuticos que resultarían muy lentos y difíciles de recordar en palabras.

2.4. Terapia de solución de problemas.

RESULTADOS:

Por el seguimiento realizado en la historia clínica electrónica y si en ella no hay datos por la información de los compañeros del ambulatorio, de los pacientes que ingresaron y se ha comprobado su evolución hasta el momento ningún paciente de los ingresos con ideación autolítica y trastorno de personalidad ha terminado durante este año su vida de forma trágica; no obstante falta de comprobar un 30 % de los casos que no se disponen de datos por el momento de su evolución.

También nos falta de tratar estadísticamente datos como que rasgos psicopatológicos predominaban en los pacientes ingresados, sus perfiles sociodemográficos...; estamos recogiendo y analizando los datos y serán publicados en foros o revistas especializadas.

Esta metodología instaurada ha sido calificada como útil por la mayoría de los compañeros que realizan guardias por:

Explora de una forma reglada la psicopatología de los pacientes.

Te ayuda a la toma de decisiones.

Te sirve para justificar un ingreso involuntario, en caso de negativa de ingreso, en pacientes que dentro de su psicopatología se nieguen a hacerlo.

Desafortunadamente hemos comprobado que el problema del suicidio es mucho mas complejo y actualmente una epidemia silenciosa y no hemos conseguido reducir el número de suicidios en la provincia (24 en el año 2017);

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

por 21 en el año 2016. Esto significa lo que ya conocíamos el suicidio es un grave problema que necesita un plan o programa global y longitudinal; no como este programa de calidad que aborda una patología concreta y de una manera transversal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra impresión es que es un instrumento útil y de personalidad y en los pacientes con ideación suicida y/o gestos autolíticos en general. En especial la descripción psicopatológica y esta visión de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores según las teorías actuales de la etiopatogenia del suicidio. eficaz para la valoración y prevención del suicidio en pacientes con trastornos de la personalidad límite Nuestra impresión es que es que la información proporcionada por la exploración de los factores predisponentes, precipitantes y la psicopatología aporta más información para tomar la decisión que el cuestionario de Horowitz que es un cuestionario de screening, pero con muy elevada sensibilidad (prácticamente todos puntúan positivo) y baja especificidad.

Nos ha ayudado para en algunos casos forzar el ingreso del paciente con el argumento de que es un "protocolo del servicio" y con la posterior solicitud de autorización judicial si es preciso.

Fue presentado en la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría y consideramos que debería -tras consensuarse con otros servicios de la comunidad- valorar la posibilidad de incluirlo en la historia clínica electrónica (quizás en un apartado restringido debido a la gran cantidad de información personal existente).

7. OBSERVACIONES.

Ya referidas anteriormente: modificarlo suprimiendo el instrumento simplificado de Horowitz.

Considerar que el programa para selección del diagnóstico psiquiátrico del servicio de urgencias del hospital "San Jorge" es en nuestro criterio inadecuado; con muchos diagnósticos como "observación por presunta enfermedad mental"; lo cual dificulta estudios retrospectivos. Este aspecto lo hemos comentado entre los profesionales e incluso con responsables de admisión; consideramos que la instauración de la posibilidad de realizar diagnósticos en urgencias, aunque fueran provisionales, con el sistema de clasificación de las enfermedades mentales (CIE-10) nos ayudaría a realizar estudios y planes de mejora como el actual.

Es obviamente insuficiente y necesita incluirse de un abordaje del suicidio más integral y longitudinal.

Sería importante conocer las características clínicas, sociodemográficas e incluso estacionales de los pacientes que han realizado un suicidio consumado; esto nos ayudaría a un plan de prevención probablemente más eficiente. El suicidio sigue siendo un tema tabú y se tiende poco a investigar los diagnósticos y los factores que pudieron tener un papel precipitante o protector de esta toma de decisión tan dramática.

.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/559 ===== ***

Nº de registro: 0559

Título
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Autores:
PELEGRIN VALERO CARMELO, ESCAR ARGUIS CESAR, JAUREGUI ISASMENDI MIREN JOSUNE, ESCARTIN LASIERRA MARTA, GONZALEZ MONSEGUR MARIA DOLORES, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, LOPEZ BERNUES RICARDO, CABRERO CEBRIAN VISITACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCIÓN EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

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

PROBLEMA

En los últimos años se están produciendo un aumento muy importante de los suicidios consumados siendo en la actualidad la principal causa de muerte en pacientes jóvenes. Estos suicidios no son debidos a un aumento de la prevalencia del Trastorno Mental Grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor con melancolía, alcoholismo...), sino a Trastornos de personalidad con incapacidad impulsividad, inestabilidad emocional, dificultades para el manejo de la rabia y la agresividad, vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del número de suicidios consumados en el sector/area de Huesca en el año 2017 de pacientes afectados de Trastorno de la Personalidad y/o Trastornos adaptativos a conflictos de la vida diaria.

MÉTODO

- Cuestionario de triaje para el riesgo suicida en urgencias de Horowitz y cols.
- Cuestionario para la valoración de la gravedad de la conducta suicida en atención primaria y urgencias de Torras-García y cols.
- Tras el ingreso en UCE para contención de los pacientes con riesgo de conducta suicida abordaje multidisciplinar (psiquiátrico, psicológico, social y de enfermería) tanto individual como grupal siguiendo los modelos de diatesis-vulnerabilidad al estrés de Mann y cols; e integrativos de Turecki y Oquendo. Se procederá al alta del paciente tras evaluación conjunta por todos los integrantes del riesgo suicida. Se utilizará, además de la entrevista clínica, instrumentos como la escala de desesperanza de Beck, escala de riesgo suicida de Plutchik e inventario de razones para vivir.

INDICADORES

- Número de pacientes con Trastorno de personalidad y riesgo suicida ingresados.
- Número de tentativas de suicidio realizados por estos pacientes a los seis meses del alta de la Unidad de Corta Estancia.
- Número de suicidios consumados en el año 2017 y comparación con los consumados en el año 2016 según las estadísticas recogidas.

DURACIÓN

- Octubre-Diciembre 2016: terminación del protocolo y entrenamiento del equipo.
- Octubre-Diciembre 2016: coordinación y puesta en común de los integrantes del grupo de trabajo
- Octubre-Diciembre 2016: inicio del protocolo de forma piloto para mejorar la metodología del plan de mejora.
- 2017: implementación del programa de calidad
- 2017: integrar a los equipos de atención primaria, salud mental y trabajo social comunitarios

OBSERVACIONES

Nuestro objetivo es intentar ampliarlo a la conducta suicida en general (integrando el Trastorno Mental Grave) y generalizarlo a toda la comunidad. También consideramos necesario incluir la evaluación del riesgo suicida en la historia clínica electrónica.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE RICARDO LOPEZ BERNUES
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABRERO CEBRIAN VISITACION
ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN
SIESO SEVIL ANA ISABEL
LLACER NAVARRO CARMEN
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION
CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las actividades marcadas en el proyecto para conseguir los objetivos fijados:
- Se puso en conocimiento el proyecto de mejora a los profesionales de la unidad de psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca participantes y al resto de dispositivos mediante llamada telefónica y envío del proyecto por correo electrónico
- Se elaboro un listado actualizado de los telefonos de contacto de las enfermeras de todos los dispositivos de la red asistencial de salud mental a donde se derivan los pacientes tras el alta hospitalaria
- Se realiza un cuestionario de satisfacción propio para las enfermeras responsables de las unidades donde se deriva al paciente.
- Se consultan todos los informes de enfermería al alta de la UCE de psiquiatría durante el periodo marcado para el estudio (2 meses)
- Se analizan los datos en base a los indicadores planteados
- Se evalúan los resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron informes de alta de enfermería de la unidad de agudos desde el 1 de noviembre hasta el 31 de diciembre del 2018. En total fueron 98 pacientes del alta de los cuales 25 se retiraron del análisis por ser altas provisionales (permisos/reingresos). De los 73 pacientes restantes 3 fueron altas voluntarias que no se realiza informe, quedando una total de 70. De estos 70 pacientes en 4 historias no aparecieron informe de continuidad de cuidados. De todos los pacientes dados de alta de la unidad en este periodo analizado en el 94.28% existía informe de enfermería. Se analizaron un total de 66 informes de altas de los cuales en 33 especificaba claramente el contacto telefónico con la enfermera de la unidad responsable del caso al alta hospitalaria. En el 50 % restante, en 20 informes no aparecía el motivo por el que no se contactó (el 60%). En un caso el seguimiento se realizó en planta, otro fue un traslado, otro no se localizo a la enfermera y 3 de ellos eran revisiones o altas provisionales y el resto se derivó a centros privados (7).
En 33 de los 70 informes de enfermería aparecía el contacto telefónico
Cabe destacar que en un 30% de los informes no aparecía la causa por la que no se había contactado con la enfermera de referencia.

Se enviaron por correo electrónico las encuestas de satisfacción a las enfermeras de los dispositivos donde se derivaba a los pacientes tras el alta hospitalaria para que se remitieran rellenas.
De los 15 dispositivos a los cuales se envió la encuesta de satisfacción 2 eran las unidades de salud mental infantojuvenil.
Se recogieron a través del correo 5 respuestas (33%). De esas respuestas en la pregunta 1: 100% respondieron que si habían recibido llamada desde la unidad de agudos para derivar el caso
En la pregunta 2: todas las enfermeras contestaron que ven muy necesaria la coordinación al alta entre las enfermeras
En la pregunta 3: 4 respondieron que la información era muy útil y una de ellas que era bastante útil
En la pregunta 4 : el 100 % respondieron que esta comunicación favorecía siempre el seguimiento posterior del caso
En la pregunta 5: 3 enfermeras contestaron que se duplica un poco la información con respecto al informe de enfermería y 2 de ellas que casi no se duplica.
En la pregunta 6: todas coincidieron en que se debe realizar la llamada de coordinación.

Pese a la poca tasa de respuestas del cuestionario de satisfacción (33%) la satisfacción general por las repuestas contestadas es alta, valorando la necesidad de realizar la llamada de coordinación así como la información recibida sobre el caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora positivamente la realización de la coordinación telefónica por parte del equipo de mejora. Para hacer más sostenible la realización en un futuro del mismo se debería dar mas difusión del proyecto sobre todo en el personal de nueva incorporación para favorecer el cumplimiento del mismo.
Otro aspecto de mejora sería incluir el contacto entre enfermeras de centros privados, traslados..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

generalizándose el uso de la coordinación siempre que un paciente se fuera de alta de la unidad de agudos de psiquiatría para favorecer la continuidad de cuidados y la adherencia/seguimiento al tratamiento. Otro aspecto de mejora sería realizar en un futuro un cuestionario de satisfacción validado para poder comparar con otros estudios sobre el tema

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/681 ===== ***

Nº de registro: 0681

Título
COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Autores:
LOPEZ BERNUES RICARDO, CABRERO CEBRIAN VISTACION, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN, SIESO SEVIL ANA ISABEL, LLACER NAVARRO CARMEN, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades mentales
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de corta estancia de psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca presta servicio a las necesidades de los pacientes con patología mental aguda de toda la provincia. Las enfermeras que prestamos los cuidados de salud mental a estos pacientes en el servicio de psiquiatría realizamos el informe de alta que se entrega al paciente cuando se va del servicio y a su vez se mandan a los diferentes dispositivos a los que se deriva el paciente. Desde el servicio se ha plantado la necesidad de mejorar la coordinación entre los distintos dispositivos de salud mental de la provincia de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del programa de calidad es establecer mediante contacto telefonico la coordinación y mejora de la información al alta de la unidad de agudos de psiquiatría entre las enfermeras de salud mental de la provincia de Huesca
Los dispositivos de la red de salud mental de la provincia son: UCE de Huesca, CRP Santo Cristo de los Milagros, (UME, ULE y Psicogetriatria) UASA de Huesca y Monzon, Hospital de día, CS Mental de Jaca, Huesca (Pirineos y Perpetuo Socorro), Sabiñanigo, Monzon, Fraga, Barbastro y US Mental InfantoJuvenil de Huesca y Barbastro.

MÉTODO

- Difusión de la iniciativa de mejora a todos los enfermeros de la unidad de agudos.
- Elaboración de un listado actual de los numeros de teléfono de los distintos dispositivos (extensiones)
- Añadir en el informe de alta de enfermería de la UCE, en las observaciones/ recomendaciones, el dispositivo con el que se ha contactado.
- Realizar un cuestionario de satisfacción a todos los dispositivos sobre la coordinación del programa realizado.

INDICADORES

- Evaluar la llamada de coordinación realizada a través del informe de enfermería al alta de la unidad de agudos de psiquiatría.
- Medir la satisfacción de las enfermeras participantes a través del cuestionario realizado para el programa.
- Nº de informes de alta en el que aparece el contacto telefónico realizado/ Nº de altas en el período 1/10/2018 al 31/12/2018.
- Nº de encuestas telefónicas de satisfacción recogidas/ Nº de enfermeras que pertenecen a dichos dispositivos.

DURACIÓN

Informar del programa de calidad a las enfermeras de salud mental de los distintos dispositivos de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

provincia de Huesca durante los meses de verano

Fecha de inicio de la evaluación a través del informe de alta de enfermería: 01/10/18

Fecha de fin de la evaluación: 31/12/18

Realización del cuestionario de satisfacción mediante llamada telefónica a las enfermeras de salud mental: mes de enero y febrero del 2019

Evaluación y difusión de los resultados obtenidos: marzo y abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0696

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS RIVARES MORCATE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA
LOPEZ BERNUES RICARDO
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION
CABREO CEBRIAN VISITACION
LLACER NAVARRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Para medir la cumplimentación del protocolo y unificar criterios entre el servicio de urgencias y psiquiatría se han realizado las siguientes actividades:

-Abril- Mayo 2018:Recogida de datos (formulario de seis preguntas) con cada paciente que ingresaba desde urgencias durante 25 días consecutivos (el mismo período que el año anterior).

Junio a Octubre: Seguimiento de los datos establecidos en los pacientes que ingresan desde urgencias para garantizar la coordinación entre ambos servicios.

-Noviembre 2018:Tratamiento de datos recogidos y comparativa con el período anterior :De los 21 pacientes recogidos, el 100%ingresan acompañados del psiquiatra, el 94% no son portadores ni llevan en la bolsa de pertenencias objetos peligrosos, el 76% de los pacientes ingresan con la ropa debidamente identificada, el 80,95% de los pacientes ingresan con pijama o camisón según corresponde, el 66,6% de los pacientes llegan a la unidad con la historia clínica ee el momento del ingreso, del total de los pacientes, el 14% ingresaron con sujeción física, de éstos, el 100%estaban correctamente contenidos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados/ Indicadores

- Se ha disminuido el número de pacientes recibidos desde urgencias en condiciones inadecuadas para ingreso en relación a la seguridad, en relación al indicador establecido:

- Número de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo en el período establecido/ N° de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período

- Ha mejorado la coordinación del ingreso del paciente entre ambos servicios reduciendo así las posibles situaciones de riesgo que pueden ocurrir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora ha detectado en el estudio que se ha mejorado el porcentaje en este periodo en relación al período estudiado del año anterior en casi todos los aspectos:

El acompañamiento del psiquiatra, no llevar objetos peligrosos encima ni en la bolsa de pertenencias, en la identificación de la ropa de los pacientes, en que los pacientes suben con la historia clínica y en la sujeción correcta de los pacientes contenidos.

El único aspecto susceptible a mejorar es si el paciente llega a la planta con pijama o camisón, según las condiciones de ingreso (contenido o no).

Con estos resultados podemos observar que conseguir el hábito y la rutina de la revisión del paciente desde urgencias, después de haber sido valorado para ingresar, nos hace motivarnos y seguir encaminados a conseguir una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría para mejorar la continuidad y los cuidados desde el ingreso al alta del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/696 ===== ***

Nº de registro: 0696

Título
VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0696

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

Autores:

RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, LOPEZ BERNUES RICARDO, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, GIMENEZ IVANKA, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la unidad de agudos nos dimos cuenta de la necesidad de unificar los criterios de acogida del paciente para realizar el traslado entre urgencias y psiquiatría. En el 2017 desarrollamos un protocolo consensuado entre los dos servicios. Tras la realización de dicho protocolo realizamos una medición para valorar la cumplimentación del mismo y valorar los puntos débiles para poder reforzarlos tras su puesta en marcha. Una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría es fundamental para la buena acogida del paciente en la unidad garantizando la seguridad del paciente y de los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios de manejo del paciente psiquiátrico en los dos servicios.
- Mejorar la acogida del paciente cuando ingresa en la unidad.
- Aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales tanto en el servicio de urgencias como en la unidad de psiquiatría.

MÉTODO

- Realización del cuestionario para medir la cumplimentación del protocolo.
- Reunión de equipo de enfermería para informar de la puesta en marcha del proyecto.
- Nueva recogida de datos en la unidad de psiquiatría del paciente que ingresa desde urgencias durante 25 días (mismo período que en 2017), para evaluar el seguimiento del cumplimiento del protocolo.

INDICADORES

- N° de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un período de 25 días / N° de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período

Fuente de datos: lista de verificación de cinco puntos(seis puntos en el caso de paciente contenido).
- Esperamos alcanzar un 80% de cumplimentación del protocolo.

DURACIÓN

- Reunión de información con el equipo del servicio para la puesta en marcha: 1ªquincena de abril 2018.
- Recogida de datos durante 25 días entre abril y mayo 2018
- Tratamiento de los datos y elaboración de resultados: Tercer trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0538

1. TÍTULO

MEJORA EN GESTIÓN DE PROCESOS: ELABORACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRA

Fecha de entrada: 04/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA ESTRADA FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FUSTER RAMON BEGOÑA
SANTISO SANZ MIGUEL
CARNICER QUILLEZ MARIA ANTONIA
ALAYETO GASTON MARIAN
SARASA FRECHIN EVA
GALAN LATORRE LETICIA
ESTEBAN SORIANO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el marzo del 2019 se analizaron y estudiaron los protocolos previos, analizando los presentes y cómo gestionar la nueva planificación de los protocolos establecidos.

Durante ese periodo se elaboraron los mapas de procesos y subprocesos del Hospital de día de psiquiatría, poniéndolos en marcha a partir de la fecha prevista (abril 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estudio del protocolo: marzo 2019 (acorde con el standard marcado)

- Elaboración de mapas de procesos y subprocesos: marzo 2019 (acorde con el standar marcado). Se han desarrollado y elaborado el proceso y subprocesos del hospital de día de psiquiatría.

- Puesta en marcha: desde abril 2019 (acorde con el standard marcado). Se ha puesto en marcha los protocolos establecidos.

- N° pacientes beneficiados: se han beneficiado de forma indirecta todos los pacientes ingresados desde abril del 2019, fecha en la que se inicia el protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha valorado positivamente la organización necesaria para poder establecer los protocolos, se necesitaron reuniones de equipo para consensuar y organizarlos, así como la evaluación y consenso de los mismos durante la realización y posteriormente. Se destaca el trabajo en equipo para una mejora de forma indirecta de la calidad asistencial y mejora de los pacientes en la unidad de Hospital de día de psiquiatría. Se considera una valoración del proyecto apta para la sostenibilidad del recurso, por su mejora en el funcionamiento una vez establecidos los protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/538 ===== ***

Nº de registro: 0538

Título
MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSQUIATRIA

Autores:
ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA, FUSTER RAMON BEGOÑA, SANTISO SANZ MIGUEL, CARNICER QUILLEZ MARIA ANTONIA, ALAYETO GASTON MARIAN, SARASA FRECHIN EVA, GALAN LATORRE LETICIA, ESTEBAN SORIANO BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología mental
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0538

1. TÍTULO

MEJORA EN GESTIÓN DE PROCESOS: ELABORACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRA

PROBLEMA

Ante la variabilidad del personal sanitario /administrativo que permanece en el trabajo de HDD, se perciben carencias en la continuidad de actividades, intervenciones y coordinación. Se considera primordial en la unidad unos criterios para disminuir la variabilidad en la gestión que repercute de forma directa e indirecta en la atención al paciente. Se confeccionan el mapa y procesos en base a otros protocolos, experiencias y reuniones de equipo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Organización del recurso ; 2. elaboración de estrategias de mejora a nivel del equipo asistencial ; 3. Mejorar la coordinación para un mayor beneficio del paciente tanto de forma directa como indirecta.

MÉTODO

- Estudio de protocolos previos y análisis de publicaciones
- Confección de la gestión de protocolos
- Puesta en marcha de los mismos.

INDICADORES

Nºpacientes beneficiados; elaboración del mapa de procesos y elaboración de subprocesos

DURACIÓN

- Estudio del protocolo: marzo 2019;
- Elaboración de mapas de procesos y subprocesos: marzo 2019
- Puesta en marcha: desde abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER ALLUE CARLOS
SANZ PANZANO CAROLINA
FELIPE MIRANDA ADRIANA
RODRIGUEZ LOPEZ ANDREA
SOLER ALLUE SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Junio 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el folleto.

Septiembre 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.

Octubre 2018: El jefe de servicio de oftalmología revisa el folleto y está de acuerdo en que se difunda. Se consensan entre este y el equipo de enfermería, que el folleto solo se entregará a los pacientes que vayan a recibir por primera vez el tratamiento, la entrega se realizará en la consulta de oftalmología junto con el consentimiento informado. El resto de pacientes (aquellos que hayan recibido alguna vez el tratamiento) como ya conocen el servicio y su funcionamiento y el volumen es tan alto, no hemos considerado entregarlo en mano y hemos optado por hacer un cartel que avise en la zona de espera, tipo: "Si acude para recibir una inyección intravitrea, le interesa leer el folleto que dejamos a su disposición", y dejando allí unos cuantos para que cada paciente sea libre de cogerlo o no.

Finales de octubre 2018: Puesta en marcha del proyecto.

Noviembre, diciembre y enero 2018: Autorización de impresión de los folletos y cartel informativo, impresión de los mismos, entrega de estos folletos a los oftalmólogos el día 16 de noviembre y comienzo de la repartición de estos el día 19 de noviembre en consultas externas a pacientes que comienzan por primera vez el tratamiento y puestos a disposición en la zona de espera. Medición de los indicadores.

Finales de enero 2018: Evaluación y detección de áreas de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

Valor de indicadores:

- Proporción de pacientes que inician el tratamiento y acuden a nuestro servicio con el folleto informativo entregado = 95%.

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que inician el tratamiento: 38 pacientes.

Número de pacientes que acuden con el folleto: 31 pacientes.

Indicador: 81,5%.

- Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que acuden a nuestro servicio: 434 pacientes.

Número de pacientes que no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto: 0 pacientes.

Indicador: 0%.

- Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que no acuden a nuestro servicio: 8 pacientes.

Número de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento: 4 pacientes.

Indicador: 5%.

- Proporción de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que acuden a nuestro servicio con folleto: 238 pacientes.

Número de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo: 238 pacientes.

Indicador: 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

El equipo de mejora considera que hay que reforzar en las consultas la repartición de los folletos por parte de los oftalmólogos o de enfermería, ya que es el punto de inicio para que el paciente obtenga la información necesaria sobre lo que se va a encontrar el día que acuda a nuestro servicio. Consideramos que los pacientes acuden con la información necesaria sobre cómo se debe administrar el tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención, reflejándose en menos ansiedad, menos preguntas en lo que se refiere a cómo debe acudir y no acudir y reduciéndose el número de pacientes que no acuden a nuestro servicio sin previo aviso.

Como conclusión, creemos que sería necesario que dicho folleto se siguiese entregando en consultas externas a pacientes que se inician en el tratamiento, pudiéndose prescindir de su reparto en la zona de espera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/564 ===== ***

Nº de registro: 0564

Título
IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA, SOLER ALLUE CARLOS, SANZ PANZANO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Las inyecciones intravítreas son procedimientos mínimamente invasivos, utilizados como vía de administración de medicamentos en distintas patologías oftalmológicas. En los últimos años se está produciendo un incremento del uso de esta técnica debido al aumento en el número de indicaciones y en el número de agentes que se pueden administrar. A pesar de haberseles explicado en consulta y firmado el consentimiento, la primera vez que se van a someter al tratamiento presentan dudas, tales como administración del tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención por lo que creemos que la información que podrían recibir estos pacientes podría ser ostensiblemente mejorable.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.
Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

MÉTODO
Realizar un folleto informativo para que los pacientes y sus familiares conozcan el funcionamiento del servicio, como deben acudir, si no acuden a donde deben llamar, donde se les va a administrar, secuencia del procedimiento y pautas postintervención, el cual será entregado e informado el primer día que acudan a nuestro servicio, en la antesala de quirófano, por el equipo de enfermería.

INDICADORES
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio que cuentan con el folleto informativo = 95%
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%
Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %
Proporción de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

DURACIÓN
Mayo 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

folleto.
Junio 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.
Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto, acompañado de encuesta de satisfacción.
Enero 2019: Evaluación y detección de áreas 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 - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE EVA MARIA LACOMA LATRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LALANA EVA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
ABADIA FORCEN MARIA TERESA
GUASCH MARCE MONTSERRAT
IBOR SERRANO LORETO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un protocolo de actuación ante la gran cantidad de radiografías de tórax solicitadas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca por parte de múltiples servicios peticionarios, se considera necesario evaluar las diferentes situaciones y establecer los criterios de inclusión para su realización, para reducir la radiación recibida por los pacientes y el coste que ello conlleva.

1. REVISIÓN DEL TEMA

La realización de radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria no está indicada ya que rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste efectiva.

Los estudios complementarios preoperatorios en ningún caso sustituyen una adecuada historia clínica y anamnesis del paciente.

Según la Sociedad Americana de Radiología la evaluación preoperatoria mediante radiografía de tórax está indicada:
? Si hay síntomas cardiorrespiratorios.
? Si existe posibilidad significativa de patología torácica que comprometa el resultado quirúrgico.
? Si existe posibilidad significativa de patología torácica que lleve a aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Se revisan los criterios de la Sociedad Americana de Radiología, con fecha de corrección de 2011, según la cual estaría indicada en pacientes mayores de 70 años con enfermedad cardiopulmonar crónica sin radiografía de tórax reciente (en los 6 meses previos a la consulta) o en pacientes con sospecha de patología cardiopulmonar aguda.

Según el procedimiento sobre pruebas preoperatorias de los pacientes ASA 1 (pacientes sanos sin enfermedades previas), las recomendaciones al respecto están establecidas por la Sociedad Europea de Anestesia, que se basan en un documento redactado por el National Institute for Clinical Excellence en junio del año 2003 y que tiene por título "Guideline for preoperative investigations in patients undergoing elective surgery". Según dicha guía, en pacientes ASA 1, no está indicada la Rx de tórax independientemente del grado de cirugía (únicamente en pacientes mayores de 60 años en grados de cirugía 3 o 4 no existe consenso sobre su realización o no).

Según los criterios de remisión de pacientes a los servicios de diagnóstico por la imagen, documento elaborado como guía clínica por el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido, estaría indicado el estudio radiológico preoperatorio:

? Sólo si se va a realizar cirugía cardiopulmonar.
? Si se prevee un posible ingreso en la UCI.
? Si hay sospecha de tumor maligno ó tuberculosis.
? Si existen síntomas cardiorrespiratorios
? En pacientes muy ancianos.
? Si hay una cardioneumopatía conocida pero estudios radiológicos de tórax recientes no sería necesario repetir la radiografía.

Existen estudios que consideran que la radiografía de tórax preoperatoria debería realizarse:

? En pacientes mayores de 60 años.
? En los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios.
? En pacientes inmigrantes y en los procedentes de zonas endémicas de tuberculosis pulmonar sin radiografía de tórax previa.
? En pacientes con neumopatías crónicas, patología traqueal, cardiovascular, obesidad.
? En pacientes neoplásicos e inmunodeprimidos tratados con radioterapia y/o quimioterapia.

En el futuro programa de Garantía de Calidad del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge (en elaboración), se considerará que la radiografía de tórax preoperatoria se debe realizar en:

? Pacientes mayores de 60 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

- ? En una intervención cardio-pulmonar.
- ? Si se sospecha una enfermedad cardio-pulmonar.

2. RECOMENDACIONES

Tras revisar la bibliografía disponible, comentándolo con las especialidades implicadas y tras ser consensuado en nuestro centro se recomienda la radiografía de tórax como estudio preoperatorio en:

- ? Pacientes mayores de 60 años.
- ? Intervención cardiopulmonar.
- ? Sospecha de enfermedad cardio-pulmonar aguda o crónica.
- ? Antecedente de patología tumoral.
- ? Pacientes obesos (Índice de masa corporal mayor o igual a 30).
- ? Fumadores de 20 o más cigarrillos al día.
- ? Preoperatorio de patología tiroidea.
- ? En pacientes inmigrantes y en los procedentes de zonas endémicas de tuberculosis pulmonar sin radiografía de tórax previa.
- ? Ausencia de radiografía de tórax en los 6 meses previos a la consulta de anestesiología

3. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN LA SECCIÓN DE RADIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Los facultativos especialistas que soliciten una radiografía preoperatoria deberán comprobar los criterios de inclusión según el presente procedimiento previo a la elaboración del volante peticionario.

El radiólogo encargado de informar la radiología simple es el responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se van a realizar a la mañana siguiente, y éste rechaza aquellas que no se ajustan a las recomendaciones indicadas previamente.

En los casos en los que no se realiza la radiografía:

El técnico de radiología entrega al paciente una carta informativa elaborada por los radiólogos de la Sección en la que se les explica el motivo por el que se anula la exploración.

La administrativa de la Sección de Radiología debe anular la prestación e indicar el motivo de la anulación: protocolo preoperatorio.

El radiólogo, emite el siguiente informe: "Dada la edad del paciente y el protocolo establecido, se desestima la realización de la radiografía solicitada, salvo otra indicación clínica".

De este modo se pretende disminuir las radiografías de tórax preoperatorias en aquellos casos en los que no están indicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACR Appropriateness Criteria. Routine admission and preoperative chest radiography. Latest review date 2011.
2. ACR-SPR Practice Guideline for the Performance of Chest Radiography. Revised 2011.
3. Guideline for preoperative investigations in patients undergoing elective surgery <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK48482/#ch6.s5> Acceso el 21- 05-2013.
4. ACR Standards for the performance of pediatric and adult chest radiography. ACR standards 1993, Revised 2001.
5. Criterios de revisión de pacientes a los Servicios de Diagnóstico por la imagen adaptados por la Comisión Europea y expertos europeos en Radiología y Medicina Nuclear, junto con el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido 2000.
6. Macpherson DS. Preoperative laboratory testing: should any test be "routine" before surgery Med Clin North Am. 1993; 77:289-308.
7. Archer Ch, Adrian R, Levy M, McGregor M. Value of routine preoperative chest xrays: a meta-analysis. Can J Anaesth. 1993 Nov; 40(11):1022-7.
8. Serrano Aguilar P, López Bastida J, Duque González B, Pino Capote JA, González Miranda F, Rodríguez Pérez A, Erdocia Eguía J. Patrón de utilización de pruebas preoperatorias en una población sana y asintomática en Canarias. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2001; 48 (7): 307-13.
9. Oliva G, Vilarasau F, Martín-Baranera M. Survey on the preoperative evaluation in Catalan surgical centers. What is the attitude and opinion of the professionals involved? .Rev Anestesiol Reanim. 2001 Jan; 48(1):11-6.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

10. Wiencek RG, Weaver DW, Bouwman DL, Sachs RJ. Usefulness of selective preoperative chest x-ray films. A prospective study. Am Surg. 1987 Jul; 53(7):396-8.

11. Manual del programa de Garantía de Calidad. Capítulo 3, Ed1, Rev 2. 2008 Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Objetivos esperados:

Mejorar el funcionamiento y recursos del Servicio de Radiología.
Disminuir la dosis de radiación que los pacientes reciben.

- Valor de Indicadores:

Se establecerá un indicador que calcule la reducción en el número de radiografías de tórax realizadas, con el número de las realizadas en el momento actual (se realizan a 6100 pacientes/año). Se predice que la reducción será en torno al 30%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de radiografías de tórax es una prueba muy común en cualquier servicio de Radiodiagnóstico. Se pretende disminuir su número en las cirugías programadas puesto que no existe suficiente evidencia científica de que sea necesaria su realización en el 100% de los casos. De este modo se agilizarán las peticiones en el servicio de radiología. Es importante considerar que se evitará radiación innecesaria en algunos pacientes. Por todo esto, es necesario establecer este protocolo de actuación multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

Durante un periodo inicial de adaptación de puesta en marcha del protocolo, se nombrará un radiólogo responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se realicen para que exista una adecuada adquisición de nuevos hábitos y rechazar aquellas que no se ajusten a las recomendaciones indicadas. Será durante un periodo temporal a determinar.

Se establecerá un periodo de sugerencias para que cada servicio pueda estudiarlo y hacer comentarios o sugerir cambios antes de oficializarlo.

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO:

Difusión del protocolo consensuado a todos los servicios peticionarios y publicación en la intranet del hospital.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/226 ===== ***

Nº de registro: 0226

Título

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Autores:

LACOMA LATRE EVA MARIA, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ LALANA EVA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO, SIESO GRACIA MARIA RUT, GUASCH MARCE MONTSERRAT, IBOR SERRANO LORETO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: TODAS LAS CUSAS QUE REQUIERAN CIRUGÍA DE FORMA PROGRAMADA

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 realización de radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria está cuestionada ya que rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste efectiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Los estudios complementarios preoperatorios en ningún caso sustituyen una adecuada historia clínica y anamnesis del paciente.

Según la Sociedad Americana de Radiología la evaluación preoperatoria mediante radiografía de tórax está indicada:

- Si hay síntomas respiratorios.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que comprometa el resultado quirúrgico.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que lleve a aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Estos criterios fueron revisados y concluyen que estaría indicada en paciente mayores de 70 años con enfermedad cardiopulmonar crónica sin radiografía de tórax reciente (en los 6 meses previos a la consulta) o en pacientes con sospecha de patología cardiopulmonar aguda.

Ante la gran cantidad de radiografías de tórax solicitadas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca por parte de múltiples servicios peticionarios, se considera necesario evaluar las diferentes situaciones y establecer los criterios de inclusión para su realización, para reducir la radiación recibida por los pacientes y el coste que ello conlleva.

RESULTADOS ESPERADOS

Consensuar entre los servicios implicados la elaboración de una guía con las indicaciones y recomendaciones que deban cumplir los pacientes para realizar una radiografía de tórax como estudio preoperatorio en pacientes con cirugías programadas.

Mejorar el funcionamiento y recursos del Servicio de Radiología.

MÉTODO

- Creación del grupo de mejora formado por médicos de radiología, anestesia, cirugía y urología.
- Reuniones mensuales del equipo para establecer las recomendaciones de la radiografía de tórax como estudio preoperatorio.
- Revisar la bibliografía disponible y evidencia científica (guías clínicas, revisiones y protocolos de otros hospitales), comentándola con las especialidades implicadas y consensuarlo con el servicio de Anestesia.
- Implementación de dicha guía/protocolo y puesta en marcha del programa.

INDICADORES

- Establecer el número de reuniones del equipo de mejora.
- Se establecerá un periodo de sugerencias para que cada servicio pueda estudiarlo y hacer comentarios o sugerir cambios antes de oficializarlo.
- Difusión del protocolo consensuado a todos los servicios peticionarios y publicación en la intranet del hospital.
- Durante un periodo inicial de adaptación de puesta en marcha del protocolo, se nombrará un radiólogo responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se realicen para que exista una adecuada adquisición de nuevos hábitos y rechazar aquellas que no se ajusten a las recomendaciones indicadas. Será durante un periodo temporal a determinar.
- Se establecerá un indicador que nos calcule la reducción en el número de radiografías de tórax realizadas tras la instauración del protocolo, con el número realizadas en el momento actual (se realizan a 6100 pacientes/año). Se predice que la reducción será en torno al 30%.

DURACIÓN

Reuniones mensuales y contacto entre los miembros del equipo de forma continuada vía telefónica o vía email.

- Fecha de inicio del proyecto 1 de octubre de 2016.
- Búsqueda de literatura científica. Octubre-noviembre 2016.
- Realización y aprobación de las recomendaciones. Enero-marzo 2017.
- Elaboración del protocolo inicial. Abril 2017.
- Presentación a servicios. Periodo de evaluación en que se admitan cambios y sugerencias. Mayo 2017.
- Periodo de adaptación al nuevo protocolo supervisado por un radiólogo responsable. Junio-julio 2017.
- Inicio del establecimiento final del proyecto, sin supervisor. Septiembre 2017.
- Fecha de revisión programada a los 12 meses. Octubre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA LATRE EVA MARIA
MOLINA TRESACO PAOLA
ALASTRUEY LAIRLA EVA
BARBA LATAS VANESA
MARTIN SANCHEZ NATALIA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISIÓN:

Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angiografía, tomografía computarizada...).

Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:

- reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
- reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
- Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
- Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

ACTUACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA ANTE REACCIÓN ALÉRGICA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO:

1. Parar la bomba de inyección de contraste
2. Avisar al radiólogo responsable
3. Llevar a la sala donde esté el paciente el carro de paradas
4. Teléfono BUSCA DE ANESTESIA: 524404
5. ENTORNO: monitorización del paciente: pulsioximetría y presión arterial
6. POSICIÓN: decúbito supino y piernas elevadas (si vómitos o pacientes inconscientes: posición en decúbito lateral izquierdo)
7. FÁRMACOS: Adrenalina intramuscular, 0,3 ml en cara anterolateral del muslo (puede repetirse a los 5-15 min)
8. OTRAS MEDIDAS DE SOPORTE: Oxígeno mascarilla tipo Venturi a alto flujo (10-15 L/min)

Se consensuó con el servicio de anestesiología que ante reacción alérgica moderada o grave en un paciente se contactará con el anestesiólogo de guardia vía busca.
Como se venía realizando hasta ahora, los pacientes con reacción alérgica leve (náuseas, calor generalizado y rubor facial se derivarán al servicio de urgencias para observación durante 3-4 h, previo contacto telefónico.

En proyecto la realización de protocolo formal sobre la actuación y primeras atenciones al paciente que sufre una reacción alérgica al contraste yodado intravenoso. Dicho protocolo se entregará al nuevo personal del servicio de radiología el primer día de llegada al puesto de trabajo en nuestro servicio.

MEJORAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA:

Adquisición de un monitor desfibrilador para el servicio. Previamente el servicio de radiodiagnóstico compartía monitor desfibrilador con el servicio de pruebas especiales de cardiología, ubicado en el edificio anexo al hospitalario.

Nuevo carro de paros, con ruedas y fácilmente desplazable. Colocado en la sala central del servicio de radiología, con comunicación directa a todas las salas. Una enfermera del servicio de radiología revisa periódicamente el perfecto orden del material del carro, así como la existencia de suficientes recambios de cada instrumental y la fecha de caducidad de los medicamentos.

SESIONES IMPARTIDAS EN EL SERVICIO

Sesión impartida a los médicos radiólogos sobre la fisiopatología de las reacciones alérgicas por parte de la Dra Beatriz Rojas, alergóloga. El servicio de Alergología se ha incorporado recientemente en la atención al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

paciente en el hospital San Jorge.

Pendiente de realizar durante el primer semestre de 2018 sesión-curso de Reanimación Cardiopulmonar. Impartida por el servicio de Anestesiología y Reanimación. Orientada a facultativos y enfermería.

PENDIENTE DE REALIZAR

- A la mayor premura posible se iniciará la revisión de la actuación realizada en los pacientes que han sufrido reacción al contraste yodado en el último trimestre, buscando posibles mejoras. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo del proyecto de mejora, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento actual ya se dispone de un protocolo de tratamiento para el paciente con reacción alérgica al contraste yodado intravenoso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el momento actual ya se dispone de un protocolo de tratamiento para el paciente con reacción alérgica al contraste yodado intravenoso.

7. OBSERVACIONES.

Debido al cambio del lugar de trabajo de varios de los profesionales inicialmente implicados en este proyecto y a la nueva incorporación del servicio de alergología en el hospital, ha habido algunos cambios en los miembros del presente proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/335 ===== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ LALANA EVA, LACOMA LATRE EVA MARIA, MOLINA TRESACO PAOLA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, ALASTRUEY LAIRLA EVA, MARTIN SANCHEZ NATALIA, IBOR SERRANO LORETO, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: reacción alérgica al contraste
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

Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o grave al contraste yodado intravenoso
- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.
- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.
- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

INDICADORES

- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.
- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.
- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

DURACIÓN

- Análisis de la situación: noviembre 2016.
- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.
- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.
- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.
- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.
- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.
- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 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 - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROJAS HIJAZO BEATRIZ
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
LACOMA LATRE EVA MARIA
SERRA PUYAL BEATRIZ
GONZALEZ GAMBAU JORGE
ALASTRUEY LAIRLA EVA
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ante el antecedente de reacción adversa a medios de contraste radiológico (MCR) en pacientes derivados al Servicio de radiodiagnóstico para someterse a pruebas de imagen o ante una reacción a MCR durante la prueba, el personal del Servicio de radiodiagnóstico o de Urgencias se pone en contacto con la Unidad de alergología para derivar al paciente para valoración y estudio si precisa.

Desde junio de 2018 hasta la fecha se han remitido a la Unidad de Alergología 6 pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR.

Se habló con el Servicio de farmacia para adquirir Iobitridol como una de las alternativa más adecuadas a la Iopromida (medio de contraste no iónico utilizado en el Hospital San Jorge)

En la Unidad de alergología se realiza la historia clínica a los pacientes derivados. En base a la historia clínica las reacciones adversas a MCR se clasifican en:

- fisiológicas (no alérgicas) que se resuelven espontáneamente y no hace falta estudio en alergología ni premedicar en la siguiente exploración radiológica
- Reacciones de hipersensibilidad inmediatas, que ocurren en la primera hora y que pueden ser mediadas por IgE o por liberación inespecífica de mediadores de mastocitos y basófilos
- Reacciones de hipersensibilidad tardía, que ocurren entre la primera hora y la primera semana y que están mediadas por linfocitos T.

En función de si la reacción es inmediata o tardía se realizan pruebas cutáneas en prick e intradérmicas en las primeras y epicutáneas en las segundas, siempre con los contrastes utilizados en el servicio de radiodiagnóstico del hospital San Jorge (Iopromida y Amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio según prueba de imagen realizada) y con la alternativa a utilizar, si fuera necesario, para futuras exposiciones (Iobitridol).

En función de la gravedad de la reacción inmediata y del resultado de las pruebas cutáneas se realiza una prueba de exposición con una alternativa con o sin premedicar con corticoide y antihistamínico.

Los recursos empleados han sido medios de contraste radiológico: Iopromida (Ultravist), amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio (Gastrografin) y Iobitridol (Xenetix), lancetas, jeringas, agujas, soportes para pruebas epicutáneas, esparadrapo.

De los 6 pacientes remitidos 2 tuvieron reacciones fisiológicas y no hizo falta realizar estudio.

Un paciente tuvo una reacción inmediata severa con Iopromida consistente en urticaria, vómitos, disnea con Saturación de oxígeno del 70%. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar premedicación y exposición con una alternativa diferente al medio de contraste con el que tuvo la reacción (Iobitridol cuyas pruebas cutáneas fueron negativas).

Otro paciente tuvo una reacción inmediata moderada con un medio de contraste radiológico iónico (Amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio) consistente en angioedema facial y prurito generalizado. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar medios de contraste radiológico no iónicos con premedicación para evitar recurrencias.

Los dos últimos pacientes tuvieron reacciones tardías consistentes en exantemas maculopapulos pruriginosos generalizados. En el momento actual no han sido visitados por el servicio de Alergología. Se les realizarán pruebas epicutáneas y en prick e intradérmicas con lectura tardía, pendientes de resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido crear una línea de derivación de pacientes desde el servicio de Radiología o urgencias al servicio de alergología para el estudio de las reacciones al contraste yodado.

Tras el estudio alergológico preciso se valora contraste alternativo si es posible para próximos estudios radiológicos.

Objetivos esperados:

- Remitir al servicio de Alergología a todos aquellos pacientes que sufren reacción de hipersensibilidad al contraste.
- Detectar las reacciones fisiológicas y no confundirlas con reacciones adversas. El 33,3% de las reacciones que presentaron los pacientes derivados a Alergología se consideraron reacciones fisiológicas.

Valor de indicadores:

- Número de derivaciones al Servicio de alergología entre el total de pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

2. Número de reacciones fisiológicas entre el total de reacciones de los pacientes derivados a la Unidad de alergología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El contraste intravenoso aumenta la sensibilidad en la detección de patología y muchas veces es imprescindible para el diagnóstico. No todas las incidencias registradas a raíz de la inyección de contraste yodado son reacciones adversas ni hay por qué evitar todos los MCR. Por este motivo es importante una valoración detenida de las reacciones adversas a MCR. El impacto de este proyecto es destacar la importancia de la colaboración entre los servicios de alergología y radiodiagnóstico para que ante un antecedente no confirmado de reacción adversa a MCR en un paciente o una reacción a los mismos el paciente sea derivado a la consulta de Alergología con la máxima información posible (medio de contraste utilizado, síntomas que ha presentado y tiempo transcurrido desde su administración) para su valoración.

7. OBSERVACIONES.

El número de derivaciones al Servicio de alergología no ha sido todo lo deseable. Por este motivo continuaremos el registro de derivación y mantendremos contacto ambos servicios para ver futuras opciones de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/335 ===== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ LALANA EVA, LACOMA LATRE EVA MARIA, MOLINA TRESACO PAOLA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, ALASTRUEY LAIRLA EVA, MARTIN SANCHEZ NATALIA, IBOR SERRANO LORETO, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: reacción alérgica al contraste
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
Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

grave al contraste yodado intravenoso

- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.

- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.

- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

INDICADORES

- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.

- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.

- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

DURACIÓN

- Análisis de la situación: noviembre 2016.

- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.

- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.

- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.

- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.

- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.

- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 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 - 2019/0181

1. TÍTULO

CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE DIANA MARQUINA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
GONZALEZ GAMBAU JORGE
BORIA ALEGRE ALVARO
MONTEJO GAÑAN INMACULADA
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
MUÑOZ MORER PATRICIA
FERNANDEZ USIETO TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y ejecución de un circuito de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge, con la colaboración de los radiólogos, ginecólogos, personal auxiliar y administrativo de ambos centros hospitalarios. Marzo 2019.
2. Realizar sesiones formativas al personal sanitario implicado en el circuito, en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Jaca y en el Hospital San Jorge de Huesca. Marzo 2019.
3. Realizar y entregar una hoja informativa del proceso (explicando los diferentes pasos del circuito) a las pacientes en el Hospital de Jaca. Marzo 2019.
4. Diseñar una encuesta para valorar el grado de satisfacción de las pacientes en este circuito de derivación, entregarlas a las pacientes en el Hospital de Jaca y recogerlas el día de la biopsia en el Hospital San Jorge. La encuesta consta de 4 preguntas con puntuaciones del 1 al 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho, considerando en su análisis una media de la puntuación de los 4 ítems mayor o igual a 4, como resultado encuesta satisfactoria. Marzo 2019.
5. Realizar hojas de registros para cada paciente derivada que recoge: Nombre y apellidos de la paciente, número de historia clínica, fechas de envío desde el Hospital de Jaca, fechas de recepción en el Hospital San Jorge, fechas de biopsias y el personal sanitario implicado. Marzo 2019.
5. Revisión de las encuestas y de los registros, con la detección y resolución de problemas surgidos. Marzo 2019-enero 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS:

1. Establecer un circuito de derivación para los pacientes del Hospital de Jaca, subsidiarios de procedimientos intervencionistas de patología mamaria, a la Unidad de Intervencionismo de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge en el menor tiempo posible, evitando pasos intermedios innecesarios que retrasen el proceso diagnóstico.

Indicador: Porcentaje de pacientes derivados mediante circuito (Nº pacientes derivados mediante circuito/Nº total pacientes derivados) X 100.

Estándar >90%.
(21/22 x 100 = 95,45 %)

2. Impacto del circuito de derivación en la mediana de tiempo de demora en días desde la prueba de imagen en el Hospital de Jaca hasta la realización de la biopsia en el Hospital San Jorge.

Indicador: Porcentaje de disminución de la demora hasta la biopsia mediante circuito. [Mediana días mediante circuito (2019-2020)/ Mediana días sin circuito (2018-2019)] x 100. Estándar <50%.

(10/30 x 100 = 33.3%)

3. Registro de pacientes extraviados con los problemas surgidos.

Indicador: Porcentaje de pacientes extraviados. (Nº de pacientes extraviados/total de pacientes derivados) x 100.

Estándar <5%.
(1/22 x 100= 4,5%)

4. Valorar mediante la encuesta el grado de satisfacción de la información recibida en relación al circuito de las pacientes remitidas mediante el mismo. Considerada encuesta satisfactoria puntuación media mayor o igual 4/5.

Indicador: Porcentaje de pacientes que valoran positivamente la información en el circuito. (Nº encuestas satisfactorias/Nº total de encuestas) x 100. Estándar >80%.

(19/20 x 100= 95%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0181

1. TÍTULO

CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

1. La elaboración del presente circuito ha logrado sistematizar y estandarizar el proceso de derivación de los pacientes a los que se realiza prueba de imagen en el Hospital de Jaca con hallazgos que indican la realización de procedimientos intervencionistas de patología mamaria en el Hospital San Jorge de Huesca.
2. Importante disminución del tiempo de demora desde la prueba de imagen en el Hospital de Jaca hasta la realización de la biopsia en el Hospital de Huesca, siendo tres veces menor respecto al año anterior. Todo ello permite agilizar el proceso diagnóstico, adelantando la obtención de resultados, el inicio del tratamiento y el manejo posterior.
3. Las pacientes involucradas en el circuito han manifestado un alto grado de satisfacción, tanto con el proceso de derivación como con la información recibida en cada momento.

RECOMENDACIONES:

Los principales problemas en el circuito han surgido con el personal nuevo sustituto que no conocía con exactitud la forma de proceder, ya que las sesiones formativas se realizaron al personal implicado presente al inicio del proyecto de mejora. Se recomienda hacer sesiones formativas periódicas para que todo el personal conozca el funcionamiento de las derivaciones en todo momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/181 ===== ***

Nº de registro: 0181

Título
CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARQUINA MARTINEZ DIANA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO, GONZALEZ GAMBAU JORGE, BORJA ALEGRE ALVARO, MONTEJO GAÑAN INMACULADA, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, MUÑOZ MORER PATRICIA, FERNANDEZ USIETO TANIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA MAMARIA
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad el cáncer de mama es el tumor más frecuente y la primera causa de muerte en la población femenina mundial, por lo que su detección precoz es la clave para mejorar su pronóstico y supervivencia.

Es de vital importancia establecer protocolos diagnósticos y circuitos de derivación de pacientes entre los diferentes especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria. Es necesario pautar unas directrices de actuación para que se agilicen los procedimientos, de tal manera que se ahorre tiempo de crucial importancia entre los diferentes eslabones del proceso diagnóstico.

La inexistencia de un circuito de derivación eficaz para las pacientes del Hospital de Jaca que precisan continuidad diagnóstica en la Unidad de Intervencionismo del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge, ha ocasionado varios casos de importantes demoras y/o derivaciones erráticas en los últimos meses.

Por ello se hace necesario elaborar un circuito adecuado para citar en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca a aquellos pacientes que requieran procedimientos intervencionistas. El punto de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0181

1. TÍTULO

CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

partida de dicho circuito es la detección mediante mamografía y/o ecografía realizadas en el Hospital de Jaca de lesiones mamarias subsidiarias de realizar biopsia guiada por ecografía o estereotaxia. Dichos pacientes deberían ser citados a la mayor brevedad posible en el Hospital San Jorge, evitando así retrasos injustificados en el proceso diagnóstico que pudieran repercutir en su pronóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer un circuito de derivación para los pacientes del Hospital de Jaca, subsidiarios de procedimientos intervencionistas de patología mamaria, a la Unidad de Intervencionismo de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge en el menor tiempo posible, evitando pasos intermedios innecesarios que retrasen el proceso diagnóstico.
2. Registrar el número de pacientes del Hospital de Jaca a las que se les ha realizado mamografía y/o ecografía con lesiones BI-RADS 3, 4 y 5 candidatas a procedimientos intervencionistas.
3. Optimizar y minimizar los tiempos diagnósticos de la patología mamaria.
4. Reducir el grado de ansiedad de las pacientes asociado a la incertidumbre de una espera prolongada en un proceso diagnóstico de una potencial patología mamaria maligna.

MÉTODO

- 1.- Elaboración de un protocolo de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge.
- 2.- Realizar sesiones formativas a todo el personal sanitario del Servicio de Radiodiagnóstico y Ginecología.
- 3.- Desarrollar una hoja informativa del proceso para los pacientes, explicando los diferentes pasos del circuito.
- 4.- Diseñar una encuesta para valorar el grado de ansiedad de los pacientes en este circuito de derivación.
- 5.- Revisión de las encuestas y los registros.
- 6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes derivados mediante circuito (Nº pacientes derivados mediante circuito/ Nº total pacientes derivados X 100). Estándar >90%.
- Impacto del circuito de derivación en el tiempo medio de demora desde la prueba de imagen en el Hospital de Jaca hasta la realización de biopsia en el Hospital San Jorge (Nº medio de días de pacientes derivados mediante circuito/ Nº medio días transcurridos en el total de derivaciones). Estándar <50%.
- Porcentaje de pacientes remitidos mediante circuito que valoran positivamente la información recibida (Nº pacientes que valoran positivamente la información recibida/Nº total de pacientes derivadas mediante circuito X 100). Estándar >80%.

DURACIÓN

Línea de mejora multidisciplinar que engloba a los servicios de Radiodiagnóstico del Hospital de Jaca y de Radiodiagnóstico y Ginecología del Hospital San Jorge.

Fecha de inicio: 1 marzo 2019.

Fecha finalización: 1 marzo 2020.

- 1.- Elaboración de un protocolo de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge. Fecha: marzo 2019.
- 2.- Realizar sesiones formativas a todo el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico y Ginecología. Fecha: marzo 2019.
- 3.- Desarrollar una hoja informativa del proceso para los pacientes, explicando los diferentes pasos del circuito. Fecha: marzo 2019.
- 4.- Diseñar una encuesta para valorar el grado de ansiedad de los pacientes en este circuito de derivación. Fecha: marzo 2019.
- 5.- Revisión de las encuestas y los registros. Fecha: abril 2019-febrero 2020.
- 6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Fecha: febrero 2020.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0181

1. TÍTULO

CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ALVARO BORJA ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GAMBAU JORGE
MARQUINA MARTINEZ DIANA
MONTEJO GAÑAN INMACULADA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se establecen los siguientes criterios de inclusión para los pacientes:

-Pacientes diagnosticados de tendinopatía calcificada del manguito con estudio ecográfico y radiológico.
-Ausencia de otra causa evidente del dolor y/o discapacidad funcional del hombro afecto. Se eliminan por tantos pacientes con artrosis glenohumeral avanzada, pacientes con artrosis secundaria a antecedente traumático o pacientes con omalgia derivada de una fractura aguda o subaguda de troquíter o cuello humeral.

Se revisan estudios radiológicos simples y ecográficos de hombro con peticiones clínicas englobadas en: Omalgia, sospecha de tendinopatía del manguito rotador, sospecha de rotura de manguito rotador, sospecha de tendinopatía calcificante del manguito rotador, sospecha de tendinopatía calcificante del tendón del supraespinoso. Se revisan estudios con estos criterios dentro del periodo de marzo a noviembre 2019 obteniendo 43 pacientes con criterios de inclusión óptimos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De estos 43 pacientes seleccionados, todos ellos cumplen los criterios de inclusión seleccionados (tendinopatía calcificante del manguito rotador demostrada radiológica/ecográficamente y ausencia de otra causa evidente de omalgia). De estos 43 pacientes, en 22 de ellos la calcificación sería subsidiaria de tratamiento (criterio de tratamiento de la calcificación establecida como calcificación densa y mayor de 10mm en su eje máximo). El resto de los 21 pacientes se excluyen por calcificación menor de 10mm en su eje máximo (16 pacientes) y por calcificación gruesa en fase de reabsorción (5 pacientes). En cuanto a los estándares marcados al principio del proyecto, se cumplen los dos primeros:

1. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo durante el primer año. Estándar >30. Se llega a 43 pacientes en el periodo marzo-noviembre 2019 (periodo de 9 meses)

2. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos durante el primer año. Estándar >50%. Se llega al 51,1% (22 de los 43 pacientes con criterio de inclusión positivo).

El tercer y cuarto ítem no son evaluables en la actualidad (resultados a partir del 2º año tras la instauración).

3. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo a partir del 2º año. Estándar >50.

4. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos a partir del 2º año. Estándar >65%

El quinto ítem (Porcentaje de pacientes tratados con realización de encuesta, en el caso de instaurarla, tras el procedimiento. Estándar >85%) no se cumple porque no se realiza la encuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A lo largo de este período se ha procedido a la valoración de pacientes subsidiarios del tratamiento percutáneo de la tendinopatía calcificante del manguito rotador. Los principales problemas observados han sido la variabilidad en cuanto al servicio peticionario. Existen peticiones de múltiples servicios como rehabilitación, traumatología, medicina familiar y comunitaria, reumatología. Esta inhomogeneidad y variabilidad condiciona una dificultad a la hora de seleccionar e identificar los pacientes adecuados. La posibilidad de agrupar estos pacientes, de una manera más ordenada y eficiente, podría dar lugar a la formación de un subgrupo de pacientes con criterios de inclusión positivos y posterior abordaje terapéutico de éstos. De este modo se podría optar a crear una bolsa de pacientes e instaurar más adelante el propio procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/311 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Nº de registro: 0311

Título
INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
BORIA ALEGRE ALVARO, LACOMA LATRE EVA MARIA, SANCHEZ LALANA EVA, TORRECILLA MUZAS SANDRA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La tendinopatía calcificante del hombro es una lesión común caracterizada por la formación de depósitos cálcicos sobre los tendones del manguito rotador del hombro y de forma particular en el supraespinoso. Se trata de una lesión que es cada vez más frecuente y, aunque se da en ambos sexos y a cualquier edad, la mayor incidencia es en mujeres de 40 a 60 años. Entre un 10-20% de las tendinitis calcificantes del hombro se mantienen asintomáticas. Sin embargo, en el resto de los casos, una vez que se ha formado el depósito de calcio los síntomas más frecuentes son dolor intenso especialmente nocturno y al realizar determinados movimientos de rotación del hombro, lo que, a su vez lleva a una pérdida progresiva de la movilidad de la articulación y a una incapacidad secundaria. El tratamiento percutáneo ecoguiado mixto con aspiración y lavado es una técnica poco invasiva, fiable, consolidada y que ha demostrado tener muy buenos resultados en pacientes seleccionados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. En este proyecto proponemos una vía terapéutica nueva, complementaria y no excluyente a las ya existentes (tratamiento conservador con antiinflamatorios no esteroideos, infiltración con corticoides de la bursa subacromiosubdeltoides, litotricia por ondas de choque, cirugía) para el abordaje de la tendinopatía calcificante.
2. Los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este tratamiento deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:
-Pacientes diagnosticados de tendinopatía calcificada del manguito rotador con una calcificación de al menos 10mm de eje mayor visible con estudio ecográfico y radiológico. Confirmación de los hallazgos con con Rx simple y ecografía realizado en nuestro Servicio el día del tratamiento.
-Ausencia de otra causa evidente del dolor y/o discapacidad funcional del hombro afecto.
-Pacientes que firman el consentimiento informado.

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo para la implantación y adecuación de este procedimiento
2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos)
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento
4. Posibilidad de desarrollar una encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA)
5. Revisión de las encuestas y los registros
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora

INDICADORES
1. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo durante el primer año. Estándar >30
2. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos durante el primer año. Estándar >50%
3. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo a partir del 2º año. Estándar >50
4. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos a partir del 2º año. Estándar >65%
5. Porcentaje de pacientes tratados con realización de encuesta (en el caso de instaurarla) tras el procedimiento. Estándar >85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

DURACIÓN

Línea de mejora que engloba al servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de San Jorge con posibilidad de difusión informativa hacia otros servicios cercanos al área musculo-esquelética (principalmente Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología).

Fecha de inicio: 1 marzo 2019

Fecha finalización: 1 marzo 2020.

1. Elaboración de un protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de tratamiento percutáneo ecoguiado. Fecha: marzo 2019.
2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos). Realización de charlas intrahospitalarias/servicios seleccionados, trípticos informativos. Fecha: marzo-septiembre 2019.
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento. Fecha: marzo 2019.
4. Elaboración de encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA). Fecha: marzo 2019.
5. Revisión de las encuestas y registros. Fecha: febrero 2020.
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Fecha: febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1394

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE INMACULADA MONTEJO GAÑAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA MARTINEZ DIANA
LACASTA VIVAS CARLOS M
HERNANDO ARDANAZ EDUARDO
CALLEN GARCIA OSCAR
ALMEIDA ESCARTIN NURIA
ROCA CAMPO MIRIAM
RAUSELL MINGOTES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha consensado el circuito que deben seguir las peticiones de TC urgentes/no urgentes. Este circuito se comunicó a los profesionales implicados al iniciarse la actividad del equipo de TC.
Se creó una hoja para el registro del número de peticiones que no siguieron el circuito establecido.

2. Se han modificado los protocolos existentes en el aparato de TC para los distintos tipos de estudios (cráneo, tórax, abdomen...) en función de las deficiencias y problemas observados en las exploraciones por parte de radiólogos y técnicos de radiodiagnóstico. Estos cambios se llevaron a cabo en los primeros meses de funcionamiento del aparato.

3. Se ha registrado el número de estudios de TC repetidos desde la puesta en funcionamiento de la técnica y su causa. Para ello se creó una hoja de registro.

4. Se ha realizado un documento que recoge el algoritmo de actuación ante una reacción adversa al contraste yodado.

5. Se ha elaborado una hoja de registro del número de casos de reacción adversa al contraste y sus características (tipo de reacción, medicación administrada, cantidad de contraste inyectado...). Las dos últimas actividades descritas han sido realizadas por facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital de Jaca y los documentos citados están disponibles en la sala de TC.

6. Se ha mantenido comunicación con el personal implicado en el proyecto poniendo en común las dudas y problemas surgidos hasta la fecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha establecido el proceso de canalización de las peticiones tanto urgentes como programadas de los estudios de TC, con el fin de que éstos sean realizados e informados en un período de tiempo adecuado según su prioridad.
Indicador: porcentaje de peticiones de TC urgentes/no urgentes que siguen el circuito establecido. Estándar > 90%.

- N° de peticiones urgentes que siguen el circuito establecido/N° de peticiones urgentes x 100. $148/148 \times 100 = 100\%$

- N° de peticiones no urgentes que siguen el circuito establecido/N° de peticiones no urgentes x 100. $1262/1271 \times 100 = 99\%$

2. Se han optimizado y estandarizado los distintos tipos de estudios en el aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen...) para facilitar el aprendizaje del personal encargado de realizar las exploraciones y obtener estudios de mejor calidad.

Indicador: porcentaje de protocolos de exploración del aparato de TC optimizados. Estándar > 90%

- N° de protocolos modificados/N° total de protocolos x 100. $23/25 \times 100 = 92\%$

3. Se han detectado y subsanado los problemas/errores en la realización de los estudios de TC que conllevan la repetición de la prueba.

Indicador: porcentaje de estudios repetidos por errores o problemas técnicos. Estándar < 1%

- N° de estudios repetidos/N° de estudios realizados. $9/1419 \times 100 = 0,6\%$

4. En relación con el uso de contraste yodado, se ha establecido la pauta de actuación ante una reacción adversa y se ha creado un registro del número de casos de reacción adversa y sus características.

Se ha registrado un único caso de reacción adversa leve.

Indicador: entre los casos registrados, porcentaje en los que se ha cumplimentado correctamente la hoja de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1394

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL HOSPITAL DE JACA

registro. >90%

- N° de casos con hoja de registro correctamente cumplimentada/N°de casos registrados x 100. $1x1x100= 100\%$.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en funcionamiento por primera vez de un equipo de TC en un Hospital supone un proceso complejo que implica a un gran número de profesionales. Todos ellos precisan un período de aprendizaje y familiarización con la nueva técnica, al que pensamos hemos contribuido con este proyecto.

Se han cumplido los indicadores propuestos al inicio del proyecto, de forma que en la actualidad creemos que hemos conseguido realizar estudios adecuados, en un período de tiempo razonable desde la petición del mismo y además, hemos realizado acciones en favor de la seguridad del paciente.

Durante estos meses han surgido en ocasiones dificultades para la comunicación directa entre los componentes del grupo, debido al hecho de pertenecer a distintos centros de trabajo. Por ello ha sido prioritaria la comunicación vía correo electrónico con las deficiencias que ésta implica.

Hemos detectado también dificultades puntuales en la coordinación entre la fecha de la cita de la exploración de TC y la de la consulta donde el paciente recibe los resultados de la prueba. Si bien éste no era uno de los objetivos iniciales del proyecto, pensamos que sería un aspecto a solucionar dentro de la optimización de los procesos derivados de la realización de un estudio de TC.

En cuanto a la continuidad del proyecto, creemos de interés seguir cumplimentando en el futuro la hoja de registro de reacciones adversas al contraste. Además, seguiremos evaluando la calidad de las exploraciones para modificar nuevamente, si es necesario, los parámetros de los protocolos incluidos en el aparato de TC con el fin de obtener estudios óptimos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1394 ===== ***

N° de registro: 1394

Título
MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA EN EL HOSPITAL DE JACA

Autores:
MONTEJO GAÑAN INMACULADA, MARQUINA MARTINEZ DIANA, LACASTA VIVAS CARLOS MARIA, HERNANDO ARDANAZ EDUARDO, ALMEIDA ESCARTIN NURIA, ROCA CAMPO MIRIAM, RAUSELL MINGOTES PILAR, CALLEN GARCIA OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diagnóstico y seguimiento de múltiples patologías (oncológicas, infecciosas, quirúrgicas...)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La tomografía computarizada (TC) es una de las técnicas de imagen que mayor evolución tecnológica ha experimentado en los últimos tiempos, y por tanto, una de las más utilizadas actualmente tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de múltiples patologías.

En febrero de 2019 se puso en funcionamiento por primera vez un equipo de TC multidetector en el Hospital de Alta Resolución del Pirineo de Jaca, lo cual supuso la puesta en marcha de un complejo proceso organizativo.

La formación del personal implicado en la realización de estas exploraciones es crucial para obtener estudios óptimos, preservando a la vez la máxima seguridad del paciente, ya que estos aparatos utilizan radiaciones ionizantes y en ocasiones, es necesaria la administración de contrastes yodados, con el consiguiente riesgo de reacción alérgica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1394

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL HOSPITAL DE JACA

Por todo ello, y dadas las dificultades surgidas en los inicios de este proceso, consideramos importante establecer el protocolo a seguir para la realización de una exploración de TC, incluyendo la canalización adecuada de las peticiones, la preparación del paciente para la prueba y, por último, la realización de la misma de manera óptima.

Por otro lado, es crucial también el ajuste adecuado y progresivo de los distintos tipos de exploración en el aparato de TC, con el fin de obtener exploraciones de calidad en condiciones de máxima seguridad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer el proceso de canalización de las peticiones tanto urgentes como programadas de los estudios de TC, con el fin de que éstos sean realizados e informados en un periodo de tiempo adecuado.
2. Estandarizar y optimizar los distintos tipos de estudios en el aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen...) para facilitar el aprendizaje del personal encargado de realizar las exploraciones y obtener estudios de la alta calidad.
3. Definir y difundir entre el personal implicado la pauta de actuación en caso de reacción adversa al contraste yodado para garantizar la seguridad del paciente.
4. Conocer la demanda de estudios de TC en el Hospital de Jaca, con la finalidad de planificar la actividad del equipo de TC.

MÉTODO

- 1.- Elaboración de un protocolo que recoja el proceso a llevar a cabo para el correcto funcionamiento de una unidad de TC.
2. Elaboración de un circuito de canalización de peticiones de TC urgentes/ no urgentes .
3. Análisis de los protocolos de exploración del aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen...) y optimización de los mismos.
4. Análisis de las deficiencias observadas en la técnica de los estudios (colocación del paciente, administración de contraste...) y subsanación de las mismas.
5. Realización de sesiones formativas/reuniones con el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico.
6. Registro del número de estudios realizados procedentes de cada especialidad médica.
7. Elaboración y divulgación del protocolo de actuación ante reacción adversa al contraste yodado.
8. Registro de efectos adversos atribuibles a la administración de contraste yodado intravenoso.
9. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES

1. Porcentaje de peticiones de TC urgente que siguen el circuito establecido. (Nº de peticiones urgentes que siguen el circuito establecido/Nº total de peticiones x 100). Estándar > 90%.
2. Porcentaje de peticiones de TC programado (no urgente) que siguen el circuito establecido. (Nº de peticiones no urgentes que siguen el circuito establecido/Nº total de peticiones x 100). Estándar > 90%.
3. Porcentaje de protocolos de exploración del aparato de TC optimizados. (Nº de protocolos de TC mejorados/ Nº total de protocolos x 100). Estándar > 90%.
4. Porcentaje de estudios repetidos por errores/problemas técnicos. (Nº de estudios repetidos/número de estudios realizados x 100). Estándar <1%.

DURACIÓN

Línea de mejora que engloba a los servicios de Radiodiagnóstico del Hospitales de Jaca y San Jorge.

Fecha de inicio: 1 mayo 2019

Fecha finalización: 1 mayo 2020.

- 1.- Elaboración de un protocolo que incluya las múltiples actividades y procesos a llevar a cabo para el correcto funcionamiento de una unidad de TC. Mayo 2019.
- 2.- Realizar sesiones formativas/reuniones con el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico. Mayo 2019 - mayo 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1394

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL HOSPITAL DE JACA

- 3.- Registrar el número de estudios realizados procedentes de las distintas especialidades médicas. Mayo 2019 - mayo 2020.
- 4.- Elaboración de un protocolo de actuación ante reacción adversa al contraste yodado iv. Mayo 2019.
- 5.- Registrar efectos adversos atribuibles a la administración de contraste yodado iv. Mayo 2019- mayo 2020.
- 6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Mayo 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1397

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDA/OS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE SANTIAGO MORALES BALIEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PANIEGO LOPEZ ANA
OMIST ONDIVIELA SUSANA
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
ELBOJ SASO SALAS
AZANZA PARDO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2017 se ha creado el grupo de mejora y se busca las mejores evidencias actuales.
Realización de Focuss por parte del equipo médico y de Fisioterapeutas
Incluir en el tratamiento nuevas técnicas:
Hemos realizado tratamiento del linfedema con nuevas técnicas de drenaje (Godoy) además de la que se hacía habitualmente (Leduc)
En este momento pendientes de finalizar el algoritmo de prevención y tratamiento desde la intervención quirúrgica.
Reunión pendiente el 1 de Febrero en Hospital Miguel Servet de los responsables de Linfedema de los distintos Hospitales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Unificar criterios sobre todo en cuanto al tratamiento
Poner en marcha el protocolo, elaborando un algoritmo de actuación que facilite el seguimiento del protocolo a partir de Marzo-Abril
Indicador:
Mejoría del Linfedema: disminución de la Circunferencia después del Tratamiento
Protocolo: Elaboración e implementación del protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado que mediante la realización de la técnica de Godoy, los resultados obtenidos han sido buenos en la mayoría de los casos.
Han quedado pendientes que para la actualización del tratamiento sería preciso la incorporación de nuevos materiales que mejoran la efectividad del tratamiento:
Terapia linfática mecánica con aparatos de terapia pasiva de compresión- contención, "Vendaje Gorgurao" o similar EESS. Terapia de
Otro tipo de vendajes para Terapia de Compresión.
Formación en la técnica de Godoy de otros fisioterapeutas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1397 ===== ***

Nº de registro: 1397

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DOCUMENTADO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Autores:
MORALES BALIEN SANTIAGO, PANIEGO LOPEZ ANA, OMIST ONDIVIELA SUSANA, CARNICER CORTES ISABEL, GARCES PEIRON ANA, VERA BLASCO NAUSICA, DE ARCE OSUNA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Linfedema

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1397

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDA/OS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Rehabilitación realiza prevención de linfedema en las pacientes intervenidas de patología mamaria. El médico Rehabilitador visita a la paciente en el ingreso hospitalario, en los primeros días del postoperatorio. En esa primera visita se valora la movilidad, se entrega folleto de la aecc y se dan recomendaciones. Todas son citadas en la consulta en un mes aproximadamente para valorar si precisan tratamiento. Algunas de ellas son incluidas en un grupo de terapia. En el caso de que aparezca linfedema realizamos tratamiento mediante Drenaje linfático manual, Presoterapia, Vendaje multicapa etc. Todas actividades se realizan sin tener un protocolo documentado y falta también indicadores de medida que evalúen el beneficio que se obtiene con las intervenciones tanto de prevención como terapéuticas. En estos momentos se están utilizando nuevas técnicas que no se venían utilizando hasta ahora y que mejoran o sustituyen a las que se venían utilizando anteriormente.

RESULTADOS ESPERADOS

. Elaborar un protocolo documentado de prevención y tratamiento del linfedema de acuerdo a la norma de control de documentación del sector.
- Actualizar los tratamientos con nuevas técnicas
- Recoger datos que permitan valorar objetivamente la mejoría

MÉTODO

- Reunión del equipo de mejora para, basando en el trabajo realizado hasta el momento y las técnicas de tratamiento más actuales, elaborar un protocolo de actuación
- Incluir en el tratamiento nuevas técnicas
- Poner en marcha el protocolo, elaborando un algoritmo de actuación que facilite el seguimiento del protocolo

INDICADORES

INDICADORES

Protocolo: Elaboración e implementación del protocolo : Sí/No

Mejora del tto del linfedema: % pacientes con disminución de la circunferencia después del tratamiento

DURACIÓN

El primer semestre del 2017 se crea el grupo de mejora y se busca las mejores evidencias actuales. A fin de año se pretende tener elaborado e implementado el protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELBOJ SASO SALAS
LATORRE BADIA ESTEFANIA
ABOS NAVARRO IXEA
GRACIA SEN MARIA CARMEN
CASTAN GASQUET RAQUEL
CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD
MORALES BALIEN SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo multidisciplinar del proyecto tras valorar y seleccionar aquellos aspectos que considera que el usuario debe conocer previo a las sesiones de tratamiento, elabora un folleto informativo para dar a conocer dichos aspectos.

A la vez se redacta una encuesta de satisfacción a fin de evaluar la aceptación y utilidad de dicho folleto, así como la satisfacción por parte de los usuarios, y de este modo poder valorar su modificación si fuese necesario. En reunión se hace conocedores y partícipes a todos los profesionales de la unidad de rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de los resultados de la encuesta de satisfacción, y se les informa de en qué modo se va a proceder a la distribución del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Atendiendo a los indicadores planteados en un principio, que buscaban medir el grado de implantación del proyecto y satisfacción por parte de los usuarios, podemos decir, que la implantación del proyecto es total, los folletos se están repartiendo a todos aquellos usuarios que en su primer día acceden a tratamiento. Y que el grado de satisfacción alcanza un 90%, según las encuestas de los usuarios, (cumplimentadas en un 65% con respecto al total de encuestas entregadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto sencillo pero de gran utilidad para aquellos usuarios que llegan por primera vez a un servicio en el que, a priori, desconocen su funcionamiento. Si bien en un principio se diseñó para repartir un folleto en las consultas, al final se creyó más conveniente su distribución en el acceso a tratamiento, para que la información fuese oportuna e inmediata, y así evitar pérdidas u olvidos debido al lapso de tiempo que puede ocurrir entre la consulta y la cita de tratamiento. Vista la recepción que tiene el folleto, es importante mantener y dar continuidad a lo iniciado con este proyecto, ya que es una herramienta útil para transmitir la información que nos interesa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1053 ===== ***

Nº de registro: 1053

Título
PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
AZANZA PARDO JORGE, ELBOJ SASO SALAS, LATORRE BADIA ESTEFANIA, ABOS NAVARRO IXEA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, CASTAN GASQUET RAQUEL, CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD, MORALES BALIEN SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Susceptible de Tratamiento Rehabilitador
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso al tratamiento en el servicio de Rehabilitación suele conllevar una serie de dudas en el paciente. Además de existir una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas. Se plantea por tanto la elaboración de un plan de acogida y la entrega, en el momento de la consulta de RHB, de un folleto que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia/terapia ocupacional y resuelva sus dudas. Para valorar la efectividad del folleto se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios:
- Facilitar la información al paciente, mejorando las vías de comunicación entre el usuario y la unidad.
- Anticipar la resolución de problemas más comunes.
- Promover una mayor implicación del usuario en su tratamiento.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales:
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Optimización de las sesiones. Mejorar la distribución de tiempo.

MÉTODO

- El equipo multidisciplinar del proyecto valorará y seleccionará aquellos aspectos que considere que el usuario deba conocer previo a las sesiones de tratamiento.
- Se elaborará un folleto informativo con dichos aspectos.
- Se elaborará una encuesta de satisfacción que evalúe la utilidad de dicho folleto a fin de valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos o su modificación si fuese necesario.
- Reunión para hacer conocedores y partícipes a todos los profesionales implicados en la unidad de Rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución.

INDICADORES

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

-Indicador (implantación): Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: N° de pacientes que reciben el folleto/N° de pacientes derivados a tratamiento por FEA RHB X 100
Fuente: Registro de pacientes que acceden a la unidad de RHB.
Estandar: 70-80%

-Indicador (implantación): Porcentaje de encuesta rellenas por los usuarios que han recibido el folleto
Descripción: N° de pacientes que rellenan la encuesta/N° de pacientes que reciben el folleto X100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar : 60-70%

-Indicador (satisfacción): Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el folleto
Descripción: N° de pacientes que consideran importante la información recibida/ N° de pacientes que rellenan la encuesta X 100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar: 70-80%

DURACIÓN

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Mayo de 2018
- Valoración y elaboración del folleto: Junio 2018.
- Elaboración de la encuesta: Junio de 2018.
- Implantación total del Proyecto: Septiembre de 2018.
- Monitorización de indicadores y resultados: Septiembre de 2018 - Diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZANZA PARDO JORGE
LATORRE BADIA ESTEFANIA
SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA
MORALES BAILEN SANTIAGO
SOUTO AYERBE CLARA
GRACIA SEN MARIA CARMEN
VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elabora un sistema de triaje por parte del responsable del proyecto, que es el encargado de aplicarlo. Se pone en marcha el sistema. Se emplean recursos informáticos disponibles en el centro, Se adopta el sistema por parte de los prescriptores del tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se completa el diseño (si)
Se aplica el proyecto en los plazos previstos. (si)
Número de pacientes que que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al día de la consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%. 20% objetivo alcanzado.
% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%, no medido.

5., Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos. Si

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva en general aunque la movilidad del personal del servicio ha dificultado la redacción del proyecto, la presión asistencial y otras situaciones personales (preparar oposiciones) dificultan el desarrollo de reuniones de trabajo. Quedan pendientes encuestas de satisfacción. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1145 ===== ***

Nº de registro: 1145

Título
DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Autores:
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE, AZANZA PARDO JORGE, LATORRE BADIA ESTEFANIA, SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA, MORALES BALIEN SANTIAGO, SOUTO AYERBE CLARA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Eficiencia
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

La creciente demanda de la atención de servicios sanitarios por parte de la población, debida a muy diversos factores (envejecimiento de la población, mejora de la accesibilidad, aumento de la cartera de servicios, mayor preocupación por la calidad de vida relacionada con el bienestar físico, etc.) unida a la lógica limitación de recursos conlleva un inevitable incremento de la demora en el acceso a la gran mayoría de servicios ofertados en el Sistema Nacional de Salud, el engrosamiento de las temidas "Listas de espera" es a día de hoy uno de los indicadores más relevantes y de referencia del funcionamiento de un servicio público de Salud. Los servicios de Rehabilitación no son ajenos a este problema y por su atención transversal a la población en todas sus franjas de edad y de continuidad de cuidados colaborando con la mayoría de servicios asistenciales del Hospital y Atención Primaria sufre con más intensidad el incremento de la presión asistencial. Las característica fundamental de los pacientes atendidos en un servicio de Rehabilitación es probablemente su extrema heterogeneidad, este rasgo fundamental hace difícil la correcta gestión de la lista de espera y por ende ofrecer una fecha estimada de inicio de tratamiento al paciente, y a los servicios demandantes, los requerimientos del paciente en los distintos aspectos de la accesibilidad, añaden dificultad a esta gestión y alteran la secuencia óptima de acceso al tratamiento que limitaría el agravamiento del problema por demora excesiva en su tratamiento fisioterapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios.
- Ajustar el periodo de espera del paciente de acuerdo a la gravedad con que el problema que padece interfiera en su capacidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria (AVD) con normalidad.
- Minimizar el riesgo de empeoramiento o pérdida de capacidad en su estado físico.
- Establecer y dar a conocer un periodo estimado de acceso a tratamiento según problema y características del paciente.
- Acortar los plazos de incorporación a las AVD.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.

La disminución de la variabilidad de acceso al tratamiento en pacientes con problemas similares permitirá ajustar los plazos de tratamiento y optimizará la coordinación de interconsultas.

Mejora en la efectividad del tratamiento.

MÉTODO

El equipo de mejora diseñará un plan de actuación destinado a elaborar un sistema de triaje que será evaluado por el resto de profesionales del servicio de rehabilitación y de otros servicios solicitadores de interconsultas. Se pondrá en marcha el sistema diseñado, sujeto a distintas monitorizaciones y ajustes por parte del equipo de mejora.

Se elaborará un sistema definitivo que estará sujeto a evaluación y mejora continua.

INDICADORES

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

1. Se completa el diseño de triaje finalizado y se presenta a los servicios implicados.. (S/N) Valor a alcanzar: S
- 2.El sistema de triaje es efectivamente implantado. (S/N). Valor S
- 3.% de pacientes que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al día de la consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%.
- 4.% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%
- 5.,Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: 1/6/2018

Diseño de sistema de triaje. Junio 2018.

Implantación a pacientes con indicación de tratamiento a partir del 1/7/2018.

Monitorización; 15 de diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1343

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA ALBAS TIERZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
MANAU OMEDES CRISTINA
URRUTIA DIEZ AMAIA
GARCES PEIRON ANA
SOLANILLA LECINA PALMIRA
CASTEL PANZANO ROSARIO
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha desarrollado un calendario de de reuniones del equipo que ha diseñado un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de RHB, que establece un perfil profesional de sus componentes, la elaboración ha seguido el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se implementa un documento que desarrolla el proyecto. se pone a disposición del los componentes del servicio, se establece un calendario de actualizaciones.
Se alcanza un diseño definitivo del modelo de GC, (SI)
% de miembros del servicio que responden al cuestionario, Objetivo 100%, resultado 80%
Se elabora una memoria con los datos obtenidos (SI)
Se establece un programa de formación y mejora de competencias (S)
Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo (S)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva en general, encontrando alguna dificultad en el establecimiento del calendario de reuniones, debido a la apretada agenda de trabajo. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1343 ===== ***

Nº de registro: 1343

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ALBAS TIERZ NURIA, AUDINA BENTUE MARIA TERESA, MANAU OMEDES CRISTINA, URRUTIA DIEZ AMAIA, GARCES PEIRON ANA, SOLANILLA LECINA PALMIRA, CASTEL PANZANO ROSARIO, GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca se compone de dos terapeutas ocupacionales (TO), 14 fisioterapeutas, 6 TCAE y 3 médicos especialistas en RHB. Forma parte de uno de los servicios centrales del hospital y colabora con una parte importante de ellos, recibiendo pacientes derivados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1343

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

principalmente por traumatología, reumatología, neurología, o geriatría y en menor medida neumología y el resto de servicios. Sin olvidar a la creciente derivación desde AP.
Esta diversidad de especialidades se traduce en una lista creciente de patologías y problemas de salud que requieren, como es lógico, de una especialización paralela por parte de los profesionales del servicio de rehabilitación que atenderá a esos pacientes.
Dado que las especialidades dentro del campo de la Fisioterapia o TO no están contempladas en el sistema nacional de salud, debe ser cada profesional, quien las desarrolle de forma individual, de acuerdo a su interés personal en un campo u otro de la rehabilitación (por no decir del amplísimo campo de la medicina).
Adolecen la inmensa mayoría de Servicios de RHB de los hospitales públicos de la inexistencia de un modelo de Gestión por Competencias (GC) que, de alguna forma, pueda paliar la citada carencia de reconocimiento oficial de las especialidades en esta disciplina. Nuestra propuesta es crear un modelo de GC, adaptado al servicio de rehabilitación que catalogue a cada profesional dentro de una especialidad de fisioterapia con el objetivo de proporcionar un tratamiento óptimo y de calidad a la diversidad de patologías que presentan los pacientes derivados a este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Diseñar, desarrollar e implantar un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de rehabilitación de Hospital San Jorge, que nos permita conocer con exactitud el perfil profesional y el resto de capacidades de sus componentes, con objeto de dar una respuesta más precisa a la variedad de problemas que debemos atender, lo que redundará en una mayor efectividad en la atención al paciente.
Conocer las competencias de nuestros profesionales nos ayudará a definir con exactitud las técnicas en las que están formados y evaluar las necesidades de formación para conseguir una plantilla con una formación equilibrada que pueda dar una respuesta integral a las demandas del resto del servicios del hospital y, en definitiva, al paciente sin importar su patología.
Que el resto de servicios del hospital conozca las competencias del nuestro servirá para mejorar las derivaciones y optimizar recursos.

MÉTODO

El coordinador del proyecto establecerá un calendario de reuniones y reparto de tareas con el resto del equipo, a lo largo del presente año.
El servicio recibirá formación sobre el modelo de GC y las ventajas de su implantación.
Se elaborarán sucesivos borradores y se procederá a su desarrollo y aplicación de acuerdo un sistema de mejora continua del documento.
Se contempla su presentación al resto de servicios y su aplicación en las nuevas incorporaciones de profesionales al servicio.

INDICADORES

Al finalizar el calendario previsto:

1. Se alcanza un diseño definitivo de modelo de GC para el servicio de RHB. (S/N). Objetivo. Si
2. % de miembros del servicio que responden al cuestionario y entrevista diseñado: Objetivo: 100%.
3. Se elabora una memoria con los datos obtenidos. (S/N). Objetivo S.
4. Se establece un programa de formación y mejora de competencias de acuerdo a los resultados obtenidos. (S/N).
5. Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo de GC. (S/N)

DURACIÓN

1. Se iniciará el diseño en Junio de 2018.
2. Redacción del documento definitivo en Septiembre de 2018.
3. Implantación Octubre 2018.
4. Evaluación. Noviembre 2018.
5. Redacción de memoria y proyecto de formación y desarrollo de competencias. Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0213

1. TÍTULO

DESARROLLO DE INFORMACIÓN ANTES DE LA RECEPCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LATORRE BADIA ESTEFANIA
URRUTIA DIEZ AMAIA
MANAU OMEDES CRISTINA
GARCES PEIRON ANA
EZQUERRA HERRANDO LAURA
MORALES BALIEN SANTIAGO
PANIEGO LOPEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas y material elaborado.

? Se establece un guión de contenidos de taller de adquisición de destrezas que se impartirán a los pacientes y familiares.

? Elaboración de de una presentación de apoyo a las charlas y taller

? Elaboración de una guía informativa y de consejos para entregar a los pacientes y familiares.

? Diseño de un cuestionario de valoración de la charla/taller por parte de los pacientes y familiares que sirve de base para establecer los indicadores del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. OBJETIVO:

Incrementar la información del paciente respecto a la intervención de que va a ser objeto,

INDICADOR: % de pacientes que manifiestan un mayor conocimiento la I. Quirúrgica.

Estandar: 100%, RESULTADO: 100%.

2.OBJETIVO:

Minimizar miedos por desconocimiento o prejuicios del paciente ante su IQ. y predisponer de forma positiva al paciente y familiares ante la IQ.

INDICADOR: % de pacientes que manifiestan más optimismo y tranquilidad antes de su IQ.

Estandar: 80%, RESULTADO: 90%

3.OBJETIVO.

Mejorar el estado físico del paciente antes de la IQ.

INDICADOR: % que incrementan su fuerza y resistencia muscular en EEII.

Estandar: 75% RESULTADO: 80%

4.OBJETIVO.

Adquisición de destrezas que ayudarán en el proceso de rehabilitación

INDICADOR: % de pacientes que aprenden el manejo de muletas y ejecución de ejercicios de RHB.

Estandar: 90% RESULTADO: 100%

5.OBJETIVO.

Proporcionar al paciente consejos para realizar las Actividades de la Vida Diaria tras la IQ

INDICADOR: % de pacientes y familiares que consideran útiles los consejos para las AVD

Estandar: 100%, RESULTADO: 100%

6.OBJETIVO.

Buscar la satisfacción global del paciente respecto a la actividad.

INDICADOR: % de pacientes que se muestran satisfechos o muy satisfechos con la actividad.

Estandar 80% RESULTADO 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El conjunto de actividades desarrolladas ha alcanzado los objetivos previstos. Se valora de forma positiva por parte de pacientes y familiares la actividad realizada, especialmente en la adopción de una actitud protagonista y proactiva ante su IQ y rehabilitación.

El coste de la actividad, exceptuando el tiempo empleado por el equipo de mejora y el destinado al desarrollo de la charla/taller es nulo ya que se emplean recursos propios del hospital y el beneficio percibido por el paciente, familiares y profesionales es significativo

La consolidación de la actividad y darla a conocer entre el resto de profesionales implicados en esta IQ queda pendiente para el siguiente ciclo de mejora.

La revisión de la memoria intermedia por parte de la unidad de calidad del sector ha sido de gran ayuda a la hora de establecer correctamente los objetivos en indicadores del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0213

1. TÍTULO

DESARROLLO DE INFORMACIÓN ANTES DE LA RECEPCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/213 ===== ***

Nº de registro: 0213

Título
DESARROLLO DE INFORMACION ANTES DE LA RECEPCION DE PROTESIS DE RODILLA EN EL H SAN JORGE%

Autores:
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE, LATORRE BADIA ESTEFANIA, URRUTIA DIEZ AMAIA, MANAU OMEDES CRISTINA, GARCES PEIRON ANA, EZQUERRA HERRANDO LAURA, MORALES BALIEN SANTIAGO, PANIEGO LOPEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un creciente número de pacientes son atendidos anualmente en este Hospital para recibir prótesis de rodilla en intervenciones programadas, consideramos que el establecimiento de una charla o sesión de acogida previa al procedimiento incrementará la información del paciente respecto a la intervención de que va a ser objeto, ayudando a minimizar miedos y predisponer al paciente de forma positiva al preoperatorio, así como dar a conocer destrezas que le ayudarán en el proceso de rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un guión y desarrollar un calendario de sesiones informativas destinadas a los pacientes que serán intervenidos de prótesis de rodilla en fechas posteriores.

MÉTODO
Consensuar dentro del equipo de mejora una estructura y contenidos que conformarán la sesión informativa a la que acudirán los pacientes.

INDICADORES
Se establece un guión y contenidos consensuados por el equipo de mejora (SI)
Se establece un criterio para desarrollar un calendario flexible de la impartición de las sesiones (SI)
Se desarrollan las charlas con arreglo al calendario (SI)
Se diseña un cuestionario de satisfacción a los pacientes (SI)

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará a lo largo de 2019, estableciendo el guión y estructura de la charla, así como los criterios de establecimiento del calendario de desarrollo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1352

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
ABOS NAVARRO IXEA
ELBOJ SASO MARIA SALAS
GRACIA SEN MARIA DEL CARMEN
ALBAS TIERZ NURIA
VIÑUALES PEREZ SANTIAGO
CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto ha sido llevado a cabo en su totalidad, cumpliendo los plazos establecidos. En las reuniones se valoró las distintas formas de poder gestionar y registrar el número de pacientes que se atienden en el servicio de electroterapia. Finalmente se vio que la opción más viable era la de llevar a digital el trabajo de gestión que se venía haciendo de forma manual, reproduciéndolo de la forma más fiel posible. Por su buen ajuste a las necesidades, se elaboró un libro en formato Excel, que en sus distintas hojas registrase aquellos aspectos necesarios, tanto de los pacientes en lista de espera, como los que ya se encuentran en tratamiento y se programaron las macro necesarias para automatizar en gran medida la gestión. Además, el mero hecho de la incorporación de un ordenador, ha permitido reducir tiempos innecesarios de búsqueda, acceso más rápido a información del paciente y mejorar la coordinación con el resto de servicios de la unidad de Rehabilitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Atendiendo a los indicadores planteados en un principio, que buscaban medir el grado de implantación del proyecto y satisfacción por parte de los trabajadores, podemos decir, que la implantación del proyecto es total. El número de pacientes gestionados de forma informática es del 100%. Y que el grado de satisfacción alcanza un 90%, según las encuestas realizadas, (cumplimentadas en un 100% con respecto al total de encuestas entregadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El paso del papel al ordenador, siempre lleva un proceso de acomodación que se da de manera diferente según el usuario, por eso buscar similitudes y una reproducción similar al proceso que se venía realizando parece lo más idóneo. Pero pese a esa adaptación, que ya se ha producido, las ventajas de tener un acceso prácticamente inmediato a la información requerida es fundamental para evitar tiempos "perdidos", mejorar la distribución de los pacientes y gestión de tiempos de tratamiento, y proporcionar mejor lectura y claridad de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1352 ===== ***

Nº de registro: 1352

Título
INFORMATIZACION DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
AZANZA PARDO JORGE, AUDINA BENTUE MARIA TERESA, ABOS NAVARRO IXEA, ELBOJ SASO MARIA SALAS, GRACIA SEN MARIA DEL CARMEN, ALBAS TIERZ NURIA, VIÑUALES PEREZ SANTIAGO, CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1352

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de una gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información.
La gestión de los usuarios del servicio de electroterapia en Rehabilitación, se realiza en gran parte de forma manual, con anotaciones y múltiples registros que permiten el control tanto de aquellos usuarios que están en proceso de tratamiento, como de aquellos que se encuentran en lista de espera, préstamo de dispositivos, etc. El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información.
Lo que se pretende mediante la informatización de estos registros es una serie de ventajas como pueden ser: facilitar la gestión, distribución y localización de los pacientes, mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.
La presencia de ordenador y la informatización de los registros en el servicio de electroterapia permitirá mejorar el control de acceso a electroterapia y mejorar la coordinación entre servicios de la unidad para aquellos usuarios que tienen varios tratamientos de forma simultánea (cinesiterapia, terapia ocupacional).

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención al paciente y aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
- Mejorar la distribución de los pacientes y gestión de tiempo.
- Mayor implicación por parte de los profesionales en la organización del servicio.

MÉTODO

- Revisión y valoración de las distintas opciones organizativas.
- Diseño de los distintos elementos de gestión/registro de pacientes y dispositivos.
- Elaboración de encuesta de satisfacción. Puesta en práctica.

INDICADORES

Realizar al menos 4 reuniones anuales
Encuesta de satisfacción. Estandar: 80%

DURACIÓN

Se prevé realizar el proyecto a lo largo de 2019:
Abril diseño del proyecto
Mayo distintas reuniones entre los miembros del proyecto
Junio, diseño de registros.
Octubre, puesta en marcha
Noviembre, revisión e implantación definitiva.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CLARA NAVARRO PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BESCOS LACAMBRA NURIA
BELLOC BARBASTRO BLANCA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
LAGLERA BAILO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Realización de la "guía sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos".

*2018: Actualización y realización de procedimientos de enfermería relacionados con la terapia intravenosa (incluidos en la mencionada guía):

- Cateterización central de inserción periférica de corta y larga duración.
- Cateterización de vía venosa periférica
- Preparación para cateterización central.
- Normas de sellado de vías venosas centrales y periféricas.
- Extracción de sangre a través de CVC.
- Técnica de desobstrucción de catéter central de inserción periférica.
- Mantenimiento extra e intraluminal de dispositivos de acceso venoso central.
- Mantenimiento extra e intraluminal de dispositivos de acceso venoso periférico.
- Mantenimiento de Hickman y PICC

*Realización de un listado de medicamentos más utilizados en Medicina Interna y Digestivo Osmolaridad>600mOsm/l y/o Ph <5 o >9.

*Análisis de índice de flebitis en la unidad por especialidades. Evolución en los tres últimos años (Medicina Interna y Digestivo).

*Realización de Sesión de Enfermería en la unidad sobre cuidados y mantenimiento de vías venosas periféricas y centrales.

*Difusión entre los facultativos de MIR y Digestivo de la indicación de canalización de vía central si cumple los criterios de la guía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disminución del índice de flebitis en la unidad de medicina interna
- Realización de la guía de terapia intravenosa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Importancia en la asepsia en el cuidado de la vía así como el tipo de vía necesaria según el medicamento prescrito

- Pendiente que la guía sea aprobada por la comisión de calidad para su publicación en la intranet y así estar accesible para su consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados "a pie de cama" en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
- Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
- Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.
Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES

Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.
Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.
Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)
Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN

Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.
Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.
Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.
Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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: 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 - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA LACOSTENA PEREZ

· Profesión ENFERMERO/A

· Centro H SAN JORGE

· Localidad HUESCA

· Servicio/Unidad .. UCI

· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BEITIA MENDIOLA BEGOÑA

BUESA ESCAR ANA MARTA

NUÑEZ ALLUE ANA CRISTINA

QUILEZ PEREZ LUCIA

OLIVARI MONTOYA MARIELLA

VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN

GALLEGO ESTRADA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio por parte de todo el grupo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos

Reuniones posteriores en septiembre y octubre de 2017 para resaltar los puntos que debe de contener el protocolo de nuestro centro

Revisión de los protocolos y la guía de procedimiento del hospital para actualizar los ya existentes y elaborar los nuevos en noviembre y diciembre de 2017

Elaboración de una presentación para difundir a todo el personal del hospital el nuevo protocolo en octubre de 2017

Presentación a las diferentes unidades del protocolo, comenzando en noviembre de 2017

Seguimos en fase de difusión actualmente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central y periférico,

No hay mas resultados pues estamos en pleno periodo de difusión del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo valora la presentación como la mejor herramienta para difundir el proyecto.

Queda pendiente realizar la presentación a parte de las unidades del centro.

El próximo estudio se realizará en cuatro meses tras la presentación a todo el personal de enfermería que cuida las vías y de medicina que las inserta.

La unificación en los cuidados en la inserción y mantenimiento de las vías en todo el hospital para conseguir unos resultados que mejoren la seguridad del paciente y reduzcan las complicaciones derivadas de su uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/738 ===== ***

Nº de registro: 0738

Título

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA INSERCIÓN Y CUIDADO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

Autores:

LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, UNGRIA MURILLO JULIA, VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN, BEITIA MENDIOLA BEGOÑA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ARA GABAS MONICA, OLIVARI MONTOYA MARIELLA, EITO ARNAL ANTONIO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES NO PERMANENTES
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. De igual forma en nuestro hospital se encuentra implantado hace ya varios años el proyecto de Bacteriemia Zero en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dados los buenos resultados obtenidos merced a ambos proyectos, y estimando necesario ampliar estas iniciativas de mejora de la sensibilidad de los profesionales y reducción de la variabilidad en la práctica clínica a las vías centrales en todo el hospital, es por lo que promovemos esta nueva iniciativa. Somos conocedores de que el volumen de las vías centrales en las plantas es menor pero no así la gravedad de las complicaciones que se puede derivar de su uso. Por todo ello, pretendemos implementar un programa de formación de las enfermeras en nuestro centro, con el fin de conseguir una práctica clínica más homogénea basada en las últimas recomendaciones. Para ello se adaptarán los diferentes protocolos de enfermería del mantenimiento de vías venosas centrales de nuestro centro, entre otros, a las medidas enunciadas en el protocolo de Bacteriemia Zero y a la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no permanentes en adultos editada en 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Número de bacteriemias por cada 1000 días de catéter venoso central en Unidades de Cuidados Intensivos: 2,18 en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificación de los cuidados en la inserción y mantenimiento de las vías venosas centrales en todo el Hospital General San Jorge de Huesca.
- Reducción de las complicaciones asociadas a las vías venosas centrales.
- Mejora de la seguridad de los pacientes portadores de estos dispositivos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basada en las últimas evidencias.
Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central.
Diseño de una presentación sobre los cuidados del catéter venoso central. Presentación de los documentos a través de reuniones informativas en las diferentes unidades. Responsable:
Seguimiento de los indicadores de los cuidados del catéter venoso central. Realizando un estudio posterior y a los 4 meses de las presentaciones.

INDICADORES

Nº de profesionales formados
Existencia del protocolo de mantenimiento de vías centrales actualizado en la unidad.
Número de vías centrales con el apósito manchado, mojado y/o despegado/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de vías centrales con todos los accesos cerrados con conectores/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de vías centrales con lista de chequeo realizada en la inserción/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de registros de vía central/ nº total de vías centrales revisadas
Número de pacientes en los que se puede verificar en el registro el cambio de llaves y sistemas entre 4 y 7 días (excepto transfusiones, lípidos o causa justificada)/ nº total de vías centrales revisadas.

Se obtendrán a través de la realización de un muestreo aleatorio y en las unidades informatizadas con gacela o en la UCI, cuando se encuentre disponible, algunos de ellos se podrán obtener mediante explotación informática.

DURACIÓN

Septiembre de 2016: Reunión con los profesionales responsables del grupo motor y realización de una propuesta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

de presentación con diapositivas para llevar a cabo la formación.

Noviembre: Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central

Noviembre 2016- Febrero 2017: Realización de la formación en las unidades diana.

Mayo 2017: Evaluación de los indicadores

Octubre- Noviembre de 2017: Evaluación de los 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 : 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 - 2018/0070

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE CARLOS SERON ARBELOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MERCADER ANTONIO
GIMENEZ GIL RAFAEL
BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO
OMEDAS BONAFONTE PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante un periodo de dos meses se realiza software de enlace entre las variables correspondientes del programa informático instalado en los servidores del hospital y de uso en la UCI, con los valores correspondientes del laboratorio, a la vez que se han realizado mejoras en la implementación del propio programa, para actualizarlo en relación a cambios de productos nutricionales, formatos de petición a farmacia, formatos de órdenes de tratamiento nutricional.....

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido el aumento del numero de prescripciones nutricionales realizadas con la ayuda del programa de nutrición artificial, alcanzándose este año mas de 250 consultas al programa informático, con otras tantas prescripciones nutricionales, correspondientes a 80 pacientes. La practica totalidad de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que han recibido nutrición artificial, enteral y/o parenteral. Los indicadores marcados en el proyecto eran numero de pacientes tratados y numero de prescripciones realizadas. Además hay una reducción del tiempo de consulta al programa al captar de forma automática todos los valores del laboratorio necesarios para realizar la prescripción nutricional artificial además de un evidente reducción de errores que puedan ser debidos a problemas en la transcripción manual que podrían llevar a cabo un error en la prescripción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda demostrado:
1.- la capacidad de formar equipos multidisciplinares entre estamentos diferentes, en este caso Clínicos en Informáticos
2.- la mejoría en el tratamiento de datos que ayuda a unas mejores prescripciones, en este caso de la Nutrición Artificial en la UCI, evitando errores de transcripción
3.- la reducción del tiempo necesario para hacer una prescripción nutricional adecuada al reducir al máximo la necesidad de teclear manualmente datos sensibles para el programa.
4.- la protocolización de una tarea que precisa varios pasos, que hace que hagamos un tratamiento nutricional protocolizado y a la vez individualizado a los pacientes ingresados en la Unidad d eMedicina Intensiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/70 ===== ***

Nº de registro: 0070

Título
INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Autores:
SERON ARBELOA CARLOS, LOPEZ MERCADER ANTONIO, GIMENEZ GIL RAFAEL, BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO, OMEDAS BONAFONTE PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS Y POSQUIRURGICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0070

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente existe un programa informatico de soporte nutricional artificial, utilizado en pacientes fundamentalmente de intensivos, aunque puede usarse en el resto del hospital y que radica en un seridor del SALUD. Hasta el momento actual se introducen los datos de las analíticas precisas para el funcionamiento del programa, de forma manual. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente en formulas e indicadores que establecen la recomendación nutricional, por lo que es preciso que sean correctos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se trata de modificar el programa para que pueda leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas analíticas y poder incorporarlas con un solo click de ratón, facilitando la tarea y disminuyendo la posibilidad de errores.

MÉTODO

Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio los datos precisos e integrarlo en el programa de nutrición.

INDICADORES

- 1 - Número de pacientes tratados.
- 2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

DURACIÓN

Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Febrero para realizar la integración y el resto del año para comprobar la utilización correcta y corrección de errores.

OBSERVACIONES

el soporte nutricional artificial es una tarea importante en el contexto del paciente critico y en el posquirúrgico en general que debe de protocolizarse de forma adecuada y que exige un estrecho control.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0086

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE GEMMA MENDOZA MURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAR VIVES INMACULADA
MARTINEZ POLO MARTA
BESCOS BAQUERO SANDRA
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE
ALFARO ESCARTIN MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO- formación del grupo de trabajo en marzo de 2018.

JUNIO- 1ª reunión del grupo de trabajo. Se presenta el proyecto a desarrollar. El proyecto se llevará a cabo en dos fases.

- 1ª fase: diseño de un tríptico informativo y de una guía para familiares de UCI. Año 2018

- 2ª fase: diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en UCI. Año 2019

Presentación al equipo de un modelo orientativo de guía para comenzar a trabajar y repartición del trabajo.

Búsqueda bibliográfica.

Elaboración del guión. "conoce y acércate"

Selección de contenidos por subgrupos de trabajo. Marta y M. José asumen el tríptico. Sandra y Margarita asumen "el día a día de tu familiar, rutina diaria", . Inma asume "técnicas y procedimientos", Gemma asume el resto de la guía, el diseño, edición y maquetación.

OCTUBRE- 2ª reunión del grupo de trabajo.

Se seleccionan contenidos para el tríptico.

Se revisan contenidos para la guía.

Se comentan colaboradores que van a participar en la guía.

NOVIEMBRE- Reuniones de Gemma con los colaboradores por separado. 3 reuniones.

DICIEMBRE - 3ª reunión del grupo de trabajo donde se cierran contenidos y diseño elegido.

- Reunión con el jefe de servicio y con la supervisora actual de la UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el tríptico de acogida a UCI para las familias de los pacientes que ingresan en UCI y una guía de Familiares, que se ha entregado a la Coordinadora de Formación para entregar a la Unidad de Calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos planteados van en la dirección de mejorar y minimizar el gran impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos tanto para la familia como para el paciente a través de la acogida en la Unidad. Pensamos que la aplicación de este nuevo tríptico y guía de las familias de pacientes ingresados en UCI, mejorara el grado de satisfacción de las familias y del propio paciente, les implicará en sus cuidados como una pieza importante e implicará mas si cabe a los profesionales que imparten los cuidados. Queda pendiente para el año 2019 la entrega de los productos informativos ya maquetados y en fase de impresión, para evaluar los indicadores durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/86 ===== ***

Nº de registro: 0086

Título
HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Autores:
MENDOZA MURO GEMMA, ALBAR VIVES INMACULADA, MARTINEZ POLO MARTA, BESCOS BAQUERO SANDRA, LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE, ALFARO ESCARTIN MARGARITA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0086

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad. Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad. Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort. La acogida de la familia y elaboración de una guía donde se expliquen cuidadosamente las características, normativa y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia con el ingreso de la persona en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.
- Mejorar el grado de satisfacción de las familias al alta del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.
- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo "HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE" integrado por una representación de todos los colectivos sanitarios de la unidad.
- Diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.
- Diseño de una guía de presentación de la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia.
- Presentación en el servicio del protocolo y la guía todos los profesionales sanitarios antes de su puesta en marcha.
- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados
- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa

INDICADORES

- Elaboración del protocolo de acogida. Estándar: Sí
- Elaboración de la guía de presentación de la Unidad. Estándar: Sí
- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar >80%
- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)

DURACIÓN

Formación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la elaboración de la guía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0877

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL DOLOR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION PAREJA JUAN CARLOS
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
VERA BELLA JORGE
CIRIA LAGUARTA GEMMA
DE MUR LAPLANA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales. Durante la consulta médica se transmitirá de manera verbal al paciente de manera comprensible y adecuada a sus necesidades. Así mismo, se le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Por otra parte, todo paciente tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud de forma gratuita

Hasta el momento actual, se han ido realizando los informes clínicos en formato Word sin que otras especialidades puedan tener acceso a la información aportada desde la Unidad del Dolor Crónico. Es por este motivo por el que se ha planteado el iniciar la realización de los informes solicitados por los pacientes a través de la Historia Clínica Electrónica, de forma que todos los informes tengan un formato similar con un contenido mínimo de información y que se tenga acceso a la información desde cualquier hospital de Aragón.

Para la puesta en marcha de este Proyecto se ha contactado con el Servicio de Documentación Clínica para conocer el número de solicitudes de informes realizados a la Unidad del Dolor durante el 2018 y el número de informes realizados durante dicho año. El número de informes solicitado fue de 55 durante el 2018 y se realizaron 25, es decir un 45,45% de las peticiones de informes fueron hechas. De todos estos informes, ninguno fue realizado en Historia Clínica Electrónica (HCE) de manera que nadie excepto el paciente tenía acceso a la información acerca de la intervención médica realizada en la Unidad del Dolor de San Jorge.

A partir de estos datos se propone el realizar el 30% de los informes en HCE con fecha de 1 de enero de 2019 y fecha final 31 de diciembre de 2019. El objetivo principal de este proyecto es el facilitar una información básica del proceso asistencial de los pacientes que lo solicitan y facilitar el acceso a la misma a cualquier facultativo relacionado con el proceso.

Para ello se realizan varias reuniones con todos los integrantes de la Unidad del Dolor del H.S.J. donde se establece que la enfermera realiza la recepción de la solicitud del informe, localizará la historia clínica del paciente e informará al facultativo que ha valorado al paciente para que realice dicho informe. Cada facultativo realizará el informe siguiendo la plantilla que existe en HCE de manera que los informes tengan un formato similar.

1 Artículo 22. Emisión de certificados médicos. Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de informes solicitados durante el 2019 ha sido de 83. Tenemos que tener en cuenta que del año 2018 quedaban 30 solicitudes de informe, es decir un total de 113 solicitudes. Durante el año 2019 se han realizado 66 informes, lo que supone un 58,40% del total de las solicitudes pendientes (66/113). De los informes realizados, 47 se han hecho en HCE es decir el 71,21% (47/66).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo de informatizar y estandarizar la realización de los informes médicos solicitados a los diferentes facultativos de la Unidad del Dolor del Hospital de San Jorge, así como mejorar la accesibilidad a la información de los pacientes se ha conseguido en un 71,21%. Este porcentaje de informes ha sido realizado en HCE.

Con este proyecto, se pretende una mejora en la comunicación entre las distintas especialidades que participan en los procesos de la Unidad del Dolor y facilitar al paciente una información básica acerca de la evolución de su proceso.

Una vez puesto en funcionamiento este Proyecto se continuará con la realización de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0877

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS

informes en HCE y se utilizará esta herramienta como comunicación entre las diferentes especialidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/877 ===== ***

Nº de registro: 0877

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CARRION PAREJA JUAN CARLOS, SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE, VILLARROEL PINO ENRIQUE
EZEQUIEL, VERA BELLA JORGE, CIRIA LAGUARTA GEMMA, DE MUR LAPLANA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el momento actual, se realizan los informes clínicos en formato Word sin que otras especialidades puedan tener acceso a la información aportada desde la Unidad del Dolor. Vemos necesario la realización de los informes solicitados por los pacientes a través de la Historia Clínica Electrónica, de forma que todos los informes tengan un formato similar con un contenido mínimo de información y que se tenga acceso a la información desde cualquier hospital de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto consiste en informatizar y estandarizar la realización de los informes médicos solicitados a los diferentes facultativos de la Unidad del Dolor del Hospital de San Jorge, así como mejorar la accesibilidad a la información de los pacientes.
Se realizarán diferentes informes: de atención (en relación a la realización de procedimientos concretos), informes evolutivos del proceso, informes de alta (de la unidad, de hospitalización), informes con planes terapéuticos y recomendaciones en función de las solicitudes de informe realizadas por los pacientes. Se facilitarán una serie de datos mínimos administrativos y clínicos para cada tipo de informe.
Con este proyecto, se pretende una mejora en la comunicación entre las distintas especialidades que participan en el diagnóstico y tratamiento de los procesos dolorosos valorados en la Unidad del Dolor. Así mismo, se facilitará al paciente una información básica acerca de la evolución de su proceso y del manejo terapéutico del mismo.

MÉTODO
Realización de informes médicos en Historia Clínica Electrónica.

INDICADORES
Número de informes realizados en HCE por los facultativos de Unidad del Dolor.

DURACIÓN
Puesta en marcha inmediata del proyecto de mejora. Reuniones entre los miembros de la UTD y Servicio de Admisión y Documentación del Hospital.
Duración de la monitorización de la actividad de mejora, 1 año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0877

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DEHUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0854

1. TÍTULO

VIA CLINICA CESAREA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL LOPEZ SANVICENTE
· Profesión MATRONA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD MATERNO-INFANTIL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OTAL LOSPAUS SILVIA
ZABAU FERMOSELLE JARA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
CARNICER CEBOLLADA MARTA
PEREZ LOURDES
SOBREVIA MARIA JOSE
AGUSTIN OLIVA ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN DE VÍAS CLÍNICAS DE HOSPITALES DONDE YA SE PONEN EN PRÁCTICA.
- ACTUALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS ACTUALES.
- PUESTA EN COMÚN CON EQUIPO DE ENFERMERÍA (MATRONAS Y TCAES).
- PUESTA EN COMÚN CON EQUIPO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA.
- ELABORACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DE LA ASISTENCIA AL PARTO Y POSTPARTO.

ACTIVIDADES PENDIENTES:

- PENDIENTE DE APROBACIÓN POR LA JEFA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA .
- POSTERIORMENTE SE TRASLADARÁ EL PROYECTO A LA COMISIÓN DE PROYECTOS Y CALIDAD ASISTENCIAL PARA LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL MISMO.
- APLICACIÓN CLÍNICA DEL PROYECTO.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO:

- LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO HA TENIDO QUE SER POSPUESTA DEBIDO A LA REESTRUCTURACIÓN DEL SERVICIO MATERNO-INFANTIL DURANTE EL AÑO 2019 Y A LA INCORPORACIÓN DE UN ELEVADO NÚMERO DE PROFESIONALES NUEVOS EN EL SERVICIO, TANTO MATRONAS COMO GINECÓLOGAS.
- LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO ESTABA PREVISTA PARA EL MES DE JULIO Y TRAS LOS PROBLEMAS DESCRITOS PLANTEAMOS SU INICIO EN EL MES DE ABRIL-MAYO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DURANTE ESTE AÑO HEMOS ELABORADO EL DOCUMENTO DE LA VÍA CLÍNICA DE CESÁREA EN BASE A LOS ÚLTIMOS PROTOCOLOS Y RECOMENDACIONES Y LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LOS PROFESIONALES INVOLUCRADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- LOS PROFESIONALES NOS HEMOS ACTUALIZADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA E INDIRECTAMENTE LA HEMOS APLICADO EN LA LABOR ASISTENCIAL.
- LA IMPLANTACIÓN DE ESTE PROYECTO ESTÁ RESULTANDO MÁS PROLONGADA DE LO ESPERADO DEBIDO A LOS CAMBIOS ANTERIORMENTE DESCRITOS, PERO UNA VEZ PUESTO EN VIGOR MEJORARÁ LA CALIDAD ASISTENCIAL, AGILIZARÁ EL PASE DE PLANTA, LA REALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS Y SU REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA. -ESTE SISTEMA DISMINUIRÁ LA VARIABILIDAD DEL TRABAJO PROFESIONAL Y MEJORARÁ LA SEGURIDAD CLÍNICA.

7. OBSERVACIONES.

ESTA MEMORIA DE SEGUIMIENTO ESPERAMOS QUE SEA APROBADA PARA CONTINUAR CON SU PUESTA EN MARCHA DURANTE EL AÑO 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/854 ===== ***

Nº de registro: 0854

Título
VIA CLINICA CESAREA

Autores:
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, OTAL LOSPAUS SILVIA, ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, CARNICER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0854

1. TÍTULO

VIA CLINICA CESAREA

CEBOLLERO MARTA, PEREZ LOURDES, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, AGUSTIN OLIVA ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cesárea es una intervención muy frecuente en la asistencia obstétrica. En términos generales en España, ronda el 25% de los partos, siendo un total del 17,9% de los mismos, asistidos en el Hospital San Jorge en el año 2018. Su realización requiere la colaboración multidisciplinaria entre obstetras, matronas, anestesistas, enfermería de quirófano y TCAES, que permita desarrollar un adecuado trabajo en equipo y colaboración en las diferentes etapas en las que se desarrolla. Si tenemos en cuenta que las cesáreas pueden ser de carácter programado o desarrollarse en el contexto de un trabajo de parto establecido, que conllevan consecuentemente mayor urgencia y actuaciones más rápidas, parece que resulta preciso, protocolizar la actuación y las responsabilidades particulares de cada uno de los miembros del equipo responsable de la atención de las mujeres, para de esta manera, lograr una óptima asistencia en cualquier situación.

Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia, que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. En la actualidad en nuestro centro no disponemos de una vía clínica de cesárea, por ello, consideramos que su elaboración y posterior implantación puede servir como medio para la adquisición de buenas prácticas por todos los profesionales implicados en la asistencia a la mujer que por diferentes causas precisará una cesárea.

RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar la variabilidad de la práctica clínica en lo referente a las indicaciones de cesárea, preparación prequirúrgica de las pacientes y manejo y seguimiento postquirúrgico.
- Identificar las actividades y responsabilidades de los profesionales sanitarios y no sanitarios que van a asistir a las mujeres sometidas a cesárea.
- Elaborar una matriz temporal de todas las actividades.

MÉTODO

- Información a todos los profesionales que participen en la asistencia a la mujer sometida a cesárea, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.
- Se elaborará un borrador de la vía clínica de cesárea, realizado por los profesionales que participen en el proyecto de calidad.
- Se dejará un tiempo para sugerencias y modificaciones del borrador.
- Se acordará la vía clínica definitiva consensuada con todos los miembros del proyecto.
- Se presentará la vía clínica definitiva al coordinador del servicio de obstetricia y ginecología y los demás profesionales que intervienen en la asistencia de las pacientes sometidas a cesárea.
- Se implantará en la práctica asistencial.

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción de los profesionales con el uso de la vía clínica de cesárea a los tres meses de su implantación.

DURACIÓN

- Desde Marzo hasta Junio de 2019 se procederá a la elaboración y aprobación de la vía clínica por parte del equipo encargado del proyecto de calidad.
- En Julio de 2019 comenzará su implantación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia
- En Octubre de 2019 se recogerán las encuestas de satisfacción de los profesionales encargados de la asistencia al parto y postparto.
- Si los resultados de dichas encuestas han sido favorables, se procederá a su implantación definitiva a partir de Noviembre- Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0854

1. TÍTULO

VIA CLINICA CESAREA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MANUEL MUÑOZ PINTOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARQUINA BARCOS ADOLFO
PUJOL KELLER ANA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA
CRISAN ANDREA
CUARTERO CUENCA BERTA
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
TEJEDOR MENDEZ REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se parte de una situación inicial ya conocida, que demuestra la necesidad de aplicar este programa. En el proyecto de calidad con el mismo nombre Fase 1 se obtienen los siguientes datos:
De 31 pacientes diagnosticados de SCASEST a lo largo de un semestre (primer semestre de 2016) se les calcularon las escalas de riesgo vascular a 17.
Se puso en marcha un programa de formación entre el personal medico para concienciarlos de la necesidad indispensable de realizar las escalas pronosticas de riesgo isquemico y de sangrado. Así mismo se actualizaron los conocimientos y las ultimas guías clínicas para protocolizar que antiagregante es el indicado en base al riesgo isquemico/hemorragico de cada paciente.
Se protocolizaron las ultimas guías clínicas y se pusieron en funcionamiento
Se realizo una hoja de recogida de datos con diferentes ítems, que sirvió para realizar un estudio transversal donde primero se realizo un estudio univariable y luego bivivariable mediante chi cuadrado
A lo largo del segundo semestre de 2016 se realizaron dos sesiones clinicas informativas a cerca de los ultimos protocolos de Cardiopatía isquemica asi como los ultimos estudios y datos obtenidos en pacientes de vida real. Con esta informacion se intenta transmitir la necesidad de realizar las escalas de cara a iniciar el tto antiagregante adecuado. Asi mismo se insta a realizar las escalas y a transcribirlas al informe del PCH, dado que se piensa que uno de los problemas es realizarlas pero no transcribirlas.
La muestra fue de 72 pacientes en un periodo de doce meses (2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se espera que de todos los pacientes a los cuales se les calculan las escalas de riesgo isquemico/hemorragico estén correctamente antiagregados en un porcentaje >95%.
Un 100% de los pacientes a los que se les calcularon las escalas TIMI/CRUSADE estaban correctamente antiagregados según las guías
De los antiagregados calcular el riesgo hemorrágico y el riesgo Isquemico en un porcentaje > 90%
De todos los pacientes antiagregados en un SCASEST se les calcularon las escalas a un 95%. . 68 de 72 pacientes
De todos los pacientes con diagnostico de SCASEST se espera que estén correctamente antiagregados >90%
De todos los pacientes con el diagnostico de SCASEST están correctamente antiagregados el 96,7%, con una p 0,029
.Fueron 70 pacientes de 72.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos podido comprobar que los resultados reflejan una mejora en la calidad asistencial de los pacientes con SCASEST y sobre todo que el programa formativo a nivel del personal medico ha servido para actualizar y mejorar la práctica clínica entre los profesionales.
Se puede concluir que a nivel asistencial no hay errores en el tto medico del SCASEST 97% y que cuando se realizan las escalas se siguen las guías clínicas 100%.
Aclarar desde el punto de vista formativo que solo es necesario realizar la escala TIMI SCASEST y CRUSADE. No es necesario realizar la HAS/BLED que valora el riesgo hemorrágico en pacientes anticoagulados. De los 68 pacientes a los que se les calculo el riesgo hemorrágico se utilizo en 35 de ellos la escala HAS/BLED.

7. OBSERVACIONES.

Mi mayor decepción ante el programa de apoyo, es la dificultad para controlar el inicio y fin de cada plan de calidad y la solapacion entre la evaluación del anterior y la configuración del actual.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/7 ===== ***

Nº de registro: 0007

Título
PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

Autores:
MUÑOZ PINTOR MANUEL, MARQUINA BARCOS ADOLFO, PUJOL KELLER ANA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, CRISAN ANDREA, AMPARO REYES
MERLIN ERNESTO, MARTINEZ CASTILLON DIEGO, ORTEGA ORTEGA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Durante el pasado año, pusimos en marcha la primera fase del programa para conocer los resultados reales del uso de las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en el SCASEST. Con anterioridad al plan de mejora solo a dos pacientes de treinta y dos SCASEST se les calcularon las escalas de riesgo isquemico/ hemorragico. Tras la puesta en marcha del programa, el resultado obtenido muestra que todos los pacientes a los que se les calcularon las escalas estaban correctamente antiagregados y que a todos los pacientes con el diagnostico de SCASEST se les trato con el AA adecuado segun las ultimas guias de SEC. Sin embargo, el resultado obtenido no fue el esperado debido a que solo se realizan las escalas en el 55% de los pacientes cuando esperabamos el 90%. Por otro lado hemos observado que en estos pacientes en los que se realizaron las escalas de riesgo, tb se realizo la escala HAS/ BLEED que no es necesaria en este tipo de patologia. Es en base a estos resultados por lo que consideramos necesario continuar nuestro programa para mejorar los datos previos.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es mejorar el resultado obtenido en el estudio realizado y conseguir que a los pacientes diagnosticados de SCASEST mediante nuestro plan de mejora se les realizen las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en un porcentaje proximo al 90%.

MÉTODO

Antes de poner en marcha el plan de mejora la situacion actual era claramente pesima, es por este motivo que consideramos que nuestra intervencion ha sido claramente favorable y efectiva hasta ahora. El plan de mejora consistira en prorrogar nuestra actividad en el tiempo e intensificar nuestra formacion. Analizada ya la situacion actual del problema realizaremos intervenciones por medio de sesiones clinicas para continuar adquiriendo estas habilidades. Hemos llegado tambien a la conclusion de que una de las causas de estos pobres resultados puede ser que las escalas se realizen pero no se transcriban al informe del PCH, por tanto no se refleja que se hayan realizado. Como novedad en nuestro plan incidiremos en que las escalas se deben realizar y transcribir al informe del PCH.

INDICADORES

- Escala GRACE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.
- Escala TIMI score (SCASEST) n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.
- Escala CRUSADE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala

DURACIÓN

-Partimos de una situacion actual en la que ya conocemos los resultados y en la que ya se encuentra en funcionamiento nuestra estrategia, por lo tanto desde el primer momento intensificaremos nuestra intervencion previa durante un periodo de doce meses.

-Analizaremos los resultados obtenidos, con nuestro plan de mejora, primero por medio de un estudio univariable y luego por medio de uno bivivariable con chi cuadrado.

-Por ultimo compararemos estos resultados con los obtenidos anteriormente.

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 - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

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 - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MEJIA ESCOLANO DAVID
CAJA BUETAS ROSA MARIA
PINIES LLORET LOURDES
GALLEGO LLORENS ROSA
MORENO SIERRA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez formado el equipo de trabajo multiprofesional, se ha elaborado y documentado el PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA (se adjunta).

Se ha revisado por la Unidad de Calidad del Sector y aprobado por la dirección.

Se han elaborado así mismo tres documentos derivados del proceso:

ANEXO 1. Folleto Información a pacientes y familiares del SU.

ANEXO 2. Tríptico de información del Triage del SU.

ANEXO 3. Protocolo de información para pacientes y familiares del SU del HSJ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Garantizar la información a pacientes y familiares que son atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Jorge de Huesca.

- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y familiares.

- Humanizar la asistencia a pacientes y familiares.

- Mejorar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, así como disminuir la tasa de reclamaciones asociada a la falta de información

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Información es un elemento capital en la relación paciente/profesional sanitario, siendo fundamental en el proceso asistencial, a la vez que una herramienta eficaz a la hora de establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias

Protocolizar todos los aspectos relacionados con la información, ayuda a mejorar la atención en urgencias. Queda pendiente valorar la satisfacción de pacientes atendidos y familias y la medición de los indicadores identificados para medir el proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1292 ===== ***

Nº de registro: 1292

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA, PINIES LLORET LOURDES, GALLEGO LLORENS ROSA MARIA, MEJIA ESCOLANO DAVID, SARIÑENA GRACIA MARIA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Pacientes y familiares que acuden al Servicio de Urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

El HSJ proporciona asistencia dirigida a la comunidad de acuerdo a los "principios de equidad, solidaridad, universalidad e integración social".

Misión

El HSJ despliega la misión del SALUD en todos los ámbitos de la asistencia. Está formado por un conjunto de profesionales que, con su esfuerzo diario y trabajo en equipo, proporcionan la mejor asistencia posible en sus episodios de salud, caminando hacia la calidad total. El objetivo es satisfacer las expectativas de todas las personas de la organización y de la comunidad, con el desarrollo, reconocimiento y participación de los profesionales de la organización.

Visión

El HSJ se perfila como un Centro formado por profesionales las personas. Esta atención se basa en el trato respetuoso y la mejora continua de nuestro trabajo bajo el marco de la excelencia, proporcionando a las personas la resolución óptima de sus problemas de salud

Valores

- Tomando como base los valores del SALUD, el hospital asume como propios:
- Participación de las personas en las decisiones sobre su salud.
- Profesionales cualificados que cuentan con medios técnicos y formativos adecuados y que participan en las decisiones de la organización.
- Asistencia segura basada en el mejor conocimiento científico

La información constituye uno de los componentes más relevantes de la calidad en el ámbito sanitario, sobre todo desde el punto de vista de la calidad percibida por los usuarios del sistema sanitario. La información a pacientes y familiares sobre la situación clínica y el proceso asistencial es básica para garantizar el derecho a la información que está reconocido en la Ley de Sanidad.

La información es un elemento fundamental en la relación paciente/profesional sanitario, siendo un elemento capital del proceso asistencial, a la vez que es una herramienta eficaz a la hora de establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias. Una de las principales quejas que refieren tanto los pacientes como los familiares de los Servicios de Urgencias, es la escasa y/o deficiente información recibida sobre el estado de salud del paciente. Autores con Schwarts y Overton ponen como prioridad para disminuir las quejas del enfermo y aumentar su satisfacción que " el personal debe hacer todos los esfuerzos necesarios para proporcionar a los enfermos y a sus familiares toda la información posible". Además, la información a los pacientes y familiares ayuda a disminuir la ansiedad inherente a la atención de situaciones urgentes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la información a pacientes y familiares que son atendidos en el Servicio de Urgencias del HSJ.
- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y familiares
- Humanizar la asistencia a pacientes y familiares
- Mejorar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, así como disminuir la tasa de reclamaciones asociada a la falta de información

MÉTODO

Establecer un protocolo de información y acogida a pacientes y familiares, en el que se describa la dinámica asistencial del Servicio de Urgencias, así como qué tipo de información se da, y quién es el responsable de facilitar dicha información.

INDICADORES

- 1) Información a los pacientes
- Dimensión: Satisfacción
- Fórmula: N° pacientes informados/ N° pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
- Explicación de términos: Paciente informado: pacientes que responden sí a las preguntas de satisfacción referidas a la información
- Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados o derivados a otros centros
- Tipo resultados
- Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias. Encuesta de satisfacción. Documentación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

y registros de la Unidad de Atención al Paciente
Estándar: Superior al 90%

2) Existencia de protocolo de información a pacientes y familiares

Dimensión: Satisfacción. Seguridad

Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO

Explicación de términos: El protocolo de información debe especificar el tipo de información que se facilita a pacientes y familiares en cada una de las fases del proceso asistencial en urgencias, así como el responsable de proporcionarla

Población: Protocolos de Servicio de Urgencias

Tipo: Estructura

Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias

Estándar: Si

3) Reclamaciones por desinformación

Dimensión: Satisfacción

Fórmula: N° de reclamaciones por falta de información/ N° de personas atendidas desde urgencias x 100

Explicación de términos: Reclamaciones : verbales o por escrito a la Unidad de Atención al paciente, referidas a la falta de cualquier tipo de información a pacientes y/o tutores de pacientes atendidos en urgencias, así como a sus familiares

Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de alta en el periodo revisado

Tipo: Resultado

Fuente de datos: Documentación y registros de SUH y registros de la Unidad de Atención al paciente

Estándar: 0,1/1000 urgencias

DURACIÓN

Realización del protocolo en el primer semestre de 2017, implantación durante el 2º semestre. Evaluación anual desde su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0292

1. TÍTULO

JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA
LORES CASANOVA SOLEDAD
RODRIGUEZ MAÑAS JARA
FIGUEROLA NOVELL JANINA
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Jornada de Bioética para la ciudadanía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ENCUESTA A PARTICIPANTES
Nº Encuestados: 39
Sexo: Total contestados: 39. 16 hombres, 23 mujeres.
Edad: Total contestados: 36. De 30-50: 11, de 50 a 70: 20, más de 70: 5.
Media de edad: 57 años.
AMBITO PROFESIONAL. Total contestados: 37 Excelente: 3 Muy bueno: 9 Bueno: 25.
La organización ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 14 Muy bueno: 15 Bueno: 10.
El nivel de los contenidos ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 16 Muy bueno: 14 Bueno: 8 Indiferente: 1.
La utilidad de los contenidos aprendidos. Total contestados: 36 Excelente: 6 Muy bueno: 17 Bueno: 11 Indiferente: 2.
La utilización de medios audiovisuales. Total contestados: 39 Excelente: 6 Muy bueno: 7 Bueno: 17 Indiferente: 6 Malo: 3.
La comodidad de la sala. Total contestados: 38 Excelente: 21 Muy bueno: 12 Bueno: 4 Indiferente: 1.
La duración ha sido. Total contestados: 37 Excelente: 6 Muy bueno: 20 Bueno: 11.
En general, la Jornada te ha parecido. Total contestados: 38 Excelente: 13 Muy bueno: 14 Bueno: 11.
Mi motivación ha sido. Total contestados: 38 Excelente: 3 Muy bueno: 15 Bueno: 20.
La asimilación de contenidos. Total contestados: 36 Excelente: 2 Muy bueno: 15 Bueno: 19.
La aplicación práctica de la Jornada. Total contestados: 39 Excelente: 4 Muy bueno: 17 Bueno: 16 Indiferente: 2.
Contenido de la ponencia. Total contestados: 35 Excelente: 13 Muy bueno: 13 Bueno: 9.
Tienen buena capacitación técnica. Total contestados: 36 Excelente: 10 Muy bueno: 11 Bueno: 15.
Han propiciado buena comunicación. Total contestados: 37 Excelente: 10 Muy bueno: 13 Bueno: 14.
Han cumplido los objetivos propuestos. Total contestados: 38 Excelente: 8 Muy bueno: 18 Bueno: 11 Indiferente: 1.
Observaciones sobre ponente/s. Total contestados: 1. "Profesionales muy cualificados y muy bien preparado el tema".
¿Recomendarías la Jornada? Total contestado: 38 Si: 38.
Valoración global de la Jornada (puntuación de 1 a 10). Total contestados: 26 Puntuación 5: 1. Puntuación 7: 3. Puntuación 8: 7. Puntuación 8.5: 1 Puntuación 9: 8. Puntuación 9.5: 1 Puntuación 10: 5.
Media de puntuación: 8.22
Sugerencias de temas para otra Jornada: Total contestados: 3. "Aplicación de tareas más específicas que se realizan en el comité, cuidados paliativos", "Aportar documentación escrita", "Encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos logrado difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporarse a ellos. Valoraremos la posibilidad de repetir experiencia en otra ocasión dando más publicidad para aumentar la participación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/292 ===== ***

Nº de registro: 0292

Título
JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0292

1. TÍTULO

JORNADA DE BIOÉTICA PARA LA CIUDADANÍA

Autores:
GARCIA MOYANO LORETO MARIA, ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA, LORES CASANOVA SOLEDAD, RODRIGUEZ MAÑAS JARA, FIGUEROLA NOVELL JANINA, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos y en poblacion sana
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Conciencia ética en profesionales y pacientes

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos principales del Comité de Ética Asistencial del sector Huesca es la formación y docencia en ética y a la difusión de las funciones del Comité tanto a ciudadanos como a profesionales.
Es por ello que se pretende llevar a cabo una Jornada de Bioética para toda la ciudadanía. Tratando los siguientes temas:
¿Qué son los Comités de Ética? ¿Qué tipos de comités hay en Aragón?
¿Qué es el Consentimiento informado? Conceptos de confidencialidad y intimidad.
¿Que son las voluntades anticipadas?
¿Por qué los ciudadanos deben participar en los Comités de Ética?
¿Cómo pueden participar los ciudadanos en el desarrollo de la Bioética?

RESULTADOS ESPERADOS

Difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporarse a ellos.

MÉTODO

Jornada de Bioética para la ciudadanía

INDICADORES

? Cuestionario de opinión del participante para jornadas, congresos y seminarios
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.
Cuestionario de satisfacción del docente participante en una actividad formativa
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.

DURACIÓN

Abril 2018, se valorara repetir experiencia a final de año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJA BUETAS ROSA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MARTIN FERRANDO FERNANDO
LOPEZ BRETOS ROSA
SERVETO GALINDO OLGA
PINIES LLORET LOURDES
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones tras las cuales se elaboró un proceso del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas (Anexo I del proceso), y se ha organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de un catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegaran al Servicio de Urgencias (SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa. Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir. Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado. Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura. Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas. Definir el sistema de identificación y admisión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales. Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/509 ===== ***

Nº de registro: 0509

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVET GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.

El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.

En el año 2000 la OMS establece la definición de "Hospitales Seguros" como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.

Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
- 2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir (horario laboral, de guardia, festivo).
- 3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
- 4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
- 5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
- 6.- Definir el sistema de identificación y admisión

MÉTODO

Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

INDICADORES

1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas

- Área del indicador: Servicio de Urgencias
- Criterio de calidad: Seguridad
- Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
- Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
- Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
- Tipo: Estructura
- Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
- Estándar: Si

2) Revisión semestral del almacén de catástrofes

- Área del indicador: Servicio de Urgencias
- Criterio de calidad: Seguridad
- Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
- Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
- Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
- Estándar: > 95%

DURACIÓN

Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el último trimestre del año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJA BUETAS ROSA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MARTIN FERRANDO FERNANDO
LOPEZ BRETOS ROSA
SERVETO GALINDO OLGA
PINIES LLORET LOURDES
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones, tras las cuales se elaboró un proceso, del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas (Anexo 1 del proceso), y se ja organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de una catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa. Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir. Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado
Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura
Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
Definir el sistema de identificación y admisión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales. Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/509 ===== ***

Nº de registro: 0509

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVET GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.

El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.

En el año 2000 la OMS establece la definición de "Hospitales Seguros" como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.

Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
- 2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir (horario laboral, de guardia, festivo).
- 3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
- 4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
- 5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
- 6.- Definir el sistema de identificación y admisión

MÉTODO

Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

INDICADORES

- 1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas
 - Área del indicador: Servicio de Urgencias
 - Criterio de calidad: Seguridad
 - Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
 - Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
 - Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
 - Tipo: Estructura
 - Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
 - Estándar: Si
- 2) Revisión semestral del almacén de catástrofes
 - Área del indicador: Servicio de Urgencias
 - Criterio de calidad: Seguridad
 - Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
 - Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
 - Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
 - Estándar: > 95%

DURACIÓN

Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el último trimestre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

del año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0694

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA BLESAS CLAVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBAILE SARASA ROSARIO
CUARTERO CASIN CRISTINA
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA
BAGE GIL AMAYA
MOYANO LEDESMA AMPARO
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado varias reuniones para la elaboración del protocolo, y para definir las actividades que debe realizar cada estamento, a lo largo de este año. Y se ha elaborado una guía que define las medidas para la revisión de la medicación de los pacientes del servicio de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En proceso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/694 ===== ***

Nº de registro: 0694

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
BLESAS CLAVERO ELENA, ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CUARTERO CASIN CRISTINA, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, BAGE GIL AMAIA, MOYANO LEDESMA AMPARO, ESCOLANO PUEYO ANGEL, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos tiempos en un elemento clave de la calidad asistencial, tanto para pacientes y familiares como para gestores y profesionales sanitarios, todos ellos desean una asistencia sanitaria segura, eficiente y efectiva. Sin embargo, la atención sanitaria es una actividad compleja, que acarrea riesgos para la salud de los pacientes, que pueden llevar a la aparición de eventos adversos. Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en el ámbito hospitalario, produciéndose la mitad de estos errores en procesos relacionados con la transición asistencial. La posibilidad de cometer estos errores se ve aumentada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), ya que en el área del hospital donde se detectan un mayor número de errores de medicación prevenibles por paciente ingresado. La Conciliación de la medicación consiste en obtener una lista completa de la medicación previa del paciente, y compararla con la prescripción médica después de la transición asistencial. En este proceso es clave la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0694

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

participación activa del paciente y sus familiares. El objetivo es garantizar que a lo largo de todo el proceso asistencial el paciente recibe toda la medicación necesaria que estaba tomando previamente, con dosis, vía de administración y frecuencia correctas, adecuada a su situación actual. La conciliación debe ser un objetivo y una responsabilidad compartidos por todos los profesionales sanitarios, siendo la solución a los problemas derivados de los errores de mediación existentes en la práctica clínica diaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisar y actualizar toda la medicación de todos los pacientes que son atendidos en el SUH, para proporcionar una atención segura, y minimizar los errores de medicación y aparición de eventos adversos.
2. Conciliar la medicación de todos los pacientes que permanecen más de 24 horas en el SUH, y si permanecen menos de 24 horas priorizar aquellos fármacos cuyo tiempo de conciliación recomendado es menor de 4 horas.
3. Conciliar toda la medicación en las 6 primeras horas transcurridas desde la admisión en el SUH.

MÉTODO

Realizar una guía que defina las medidas generales para la revisión y conciliación de la medicación de los pacientes que acuden al SUH. Establecer las estrategias a seguir para conseguir la conciliación terapéutica en aquellas situaciones de alto riesgo de producir un evento adverso.

INDICADORES

- 1) Pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado
 - Dimensión: Seguridad
 - Fórmula: N° pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado / N° pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
 - Explicación de términos: Se debe revisar y actualizar todo el tratamiento domiciliario del paciente, con el objeto de evitar errores de medicación, interacciones medicamentosas
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado.
 - Tipo: resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: Superior al 80%
- 2) Pacientes que permanecen más de 24 horas en el Servicio de Urgencias con el tratamiento conciliado
 - Dimensión: Seguridad
 - Fórmula: N° de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU con el tratamiento conciliado / N° total de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU x 100
 - Explicación de términos: El paciente diana de la conciliación de la medicación en el SU, es el que permanece más de 24 horas en el SU, ya que es en el que la falta de conciliación puede acarrear la aparición de eventos adversos con mayor frecuencia
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias que han permanecido más de 24 h en dicho servicio
 - Tipo: Resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
 - Estándar: >90%
- 3) Pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias
 - Dimensión: Seguridad
 - Fórmula: N° de pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias / N° total de pacientes que permanecen más de 6 horas en el SU x 100
 - Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de alta en el periodo revisado
 - Tipo: Resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
 - Estándar: 50%

DURACIÓN

Realización de la guía en el tercer trimestre de 2018, implantándola en el último trimestre de 2018 para su inmediata aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0972

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ROSA MILLAN ACERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
CUARTERO CUENCA BERTA
PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS
ALONSO MORTE JONATAN
BUISAN CASBAS GEMMA
SANCHEZ LALANA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un Protocolo para el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, indicaciones de pruebas complementarias pertinentes y los criterios del destino del paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El protocolo se implanta en el primer trimestre de 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos creído conveniente la elaboración de esta guía que recoge las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE

7. OBSERVACIONES.

Los indicadores quedan pendientes de evaluar una vez se implante el protocolo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/972 ===== ***

Nº de registro: 0972

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MILLAN ACERO ANA ROSA, SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, CUARTERO CUENCA BERTA, BUISAN CASBAS GEMA, PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS, ALONSO MORTE JONATAN, SANCHEZ LALANA EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es definido como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes: la confusión o desorientación, la pérdida de conciencia, la amnesia postraumática, otras anomalías neurológicas como los signos neurológicos focales, la convulsión y/o lesión intracraneal. Los TCE son una de las causas más importante de asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), aunque la mayoría de ellos (más del 90%) sólo precisaran observación cuidadosa durante 24-48 horas. Conllevan una morbilidad importante y constituyen la principal causa de muerte por traumatismo en cualquier grupo de edad, siendo en menores de 45 años la primera causa de muerte e incapacidad. En pacientes con edad avanzada las consultas en urgencias por caídas son comunes y los TCE son relativamente frecuentes. Esta patología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0972

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

implica importantes costes para el sistema sanitario y para la sociedad en general, al ser responsable de un gran número de años potenciales de vida perdidos.

Todo paciente que ha sufrido un TCE producto de un accidente de cualquier tipo debe ser considerado un politraumatizado y, por ende, esto implica la necesidad de un minucioso examen físico general y valorar la realización de determinadas pruebas diagnósticas. Por todo ello, creemos conveniente la elaboración de esta guía, que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de actuación del TCE que sirva de instrumento para una correcta evaluación y clasificación inicial, junto con unos cuidados precoces del paciente para identificar posibles signos de alarma.
- Definir los criterios para realización de estudios radiográficos (Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal y Radiografía de columna cervical).
- Definir los criterios de observación en el SUH, así como los criterios de ingreso hospitalario y/o traslado al servicio de referencia para atención especializada por neurocirugía.

MÉTODO

Elaborar un protocolo que incluya el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, las indicaciones para la solicitud de las pruebas complementarias pertinentes, así como los criterios que definan el destino del paciente.

INDICADORES

- Registro de la escala coma Glasgow (GCS) desglosada al ingreso y al alta del paciente del SUH.
 - o Dimensión: Efectividad. Riesgo
 - o Justificación: La GCS es un factor pronóstico del TCE con buena relación con la existencia de lesión intracraneal.
 - o Fórmula: N° de pacientes con registro de GCS desglosada al ingreso y al alta del SUH / N° de pacientes atendidos por TCE x 100.
 - o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
 - o Explicación de términos: Registro de la GCS en el informe de alta del SUH desglosando los 3 ítems (A+B+C).
 - o Tipo: Proceso.
 - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
 - o Estándar: 100%.
- Constancia en el informe del SUH de exploración neurológica y examen pupilar.
 - o Dimensión: Efectividad. Seguridad.
 - o Fórmula: N° de pacientes atendidos por TCE en los que se realiza exploración neurológica y examen pupilar / N° de pacientes atendidos por TCE x 100.
 - o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
 - o Tipo: Proceso.
 - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
 - o Estándar: > 95%.
- Entrega de recomendaciones al alta domiciliaria.
 - o Dimensión: Seguridad. Continuidad.
 - o Justificación: La entrega de recomendaciones al alta domiciliaria al paciente atendido por TCE y/o a sus familiares evitará la demora para volver a consultar en caso de agravamiento del estado del paciente.
 - o Fórmula: N° de pacientes en los que consta la entrega de la hoja de recomendaciones al alta domiciliaria / N° de pacientes atendidos por TCE y dados de alta a domicilio del SUH x 100.
 - o Población: Pacientes atendidos por TCE en el SUH y dados de alta a domicilio.
 - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
 - o Estándar: 90 %.

DURACIÓN

Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2018, implantándolo en el primer trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA MONTOLIO RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUARTERO CASIN CRISTINA
BLESA CLAVERO ELENA
OLIVAN ESCO MARIA PILAR
SANCHO RODRIGO MARTA
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
SANCHO GRACIA ELENA
MEJIA ESCOLANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones del grupo de mejora.
- Protocolo de sedoanalgesia.
- Consentimiento informado del proceso.
- Encuesta de satisfacción del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un protocolo de analgesia y sedación y todavía no se ha podido evaluar el impacto del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La importancia de la estandarización de la práctica clínica para disminuir la variabilidad de la misma disminuyendo la posibilidad de eventos adversos.
- El trabajo en equipo con la interacción de distintas especialidades que aportan diferentes puntos de vista sobre el mismo proceso, enriqueciendo el mismo.
- La importancia de aplicar técnicas de sedoanalgesia a aquellos pacientes que precisen procesos diagnósticos y terapéuticos que les generen estrés o dolor, mejorando la calidad asistencial haciendo más confortable la estancia del enfermo en el servicio de Urgencias.
- Ser conocedor de los fármacos que se utilizan, así como sus dosis y posibles fármacos antagonistas si se precisan.

7. OBSERVACIONES.
Recomendamos la realización de protocolos que consensuen la actuación de distintos servicios favoreciendo la interacción entre los mismos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1036 ===== ***

Nº de registro: 1036

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

Autores:
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, CUARTERO CASIN CRISTINA, BLESA CLAVERO ELENA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, SANCHO RODRIGO MARTA, VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL, SANCHO GRACIA ELENA, MEJIA ESCOLANO DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

- a. En el SU se realizan procedimientos diagnósticos y ciertas técnicas que producen dolor y ansiedad en los pacientes. Se crea la necesidad de establecer unos protocolos de analgesia y sedación que puedan ser implementados por médicos de urgencias no especialistas en anestesiología, y así conseguir un control seguro del dolor y la ansiedad, proporcionar cierto grado de amnesia, evitar los movimientos del paciente durante la realización de distintas pruebas y minimizar la respuesta al estrés del paciente.
- b. Dicho protocolo mejorará la calidad asistencial, aportando a los pacientes los beneficios de la sedación minimizando los riesgos asociados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de sedoanalgesia para aquellos procedimientos que generen un estrés en el paciente.
- Que todo paciente que se aplique el protocolo tenga firmado el consentimiento informado.

MÉTODO

- Realización de protocolo de sedoanalgesia en el servicio de urgencias adecuado a varios grupos de pacientes distribuidos según edad y patología asociada, que puedan ser aplicados en la actuación diaria de los médicos de urgencias y pediatría del HSJ consensuado con los diferentes servicios del hospital San Jorge.
- Realización de un consentimiento informado adaptado para sedoanalgesia
- Realizar una valoración de la satisfacción del profesional y del paciente tras realizar el procedimiento.

INDICADORES

- a. Existencia de protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Satisfacción. Seguridad.
 - Formulación: Existencia de protocolo SI/NO.
 - Población: Pacientes que acuden al servicio de urgencias con un proceso que precise de un procedimiento con sedoanalgesia.
 - Tipo: Estructura.
 - Fuente de datos: Censo de protocolos del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: SI.
- b. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a mayores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
 - Formulación: N° de pacientes mayores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnóstico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo/ Total de pacientes > 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
 - Población: Pacientes mayores 14 años atendidos en urgencias
 - Tipo: proceso
 - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - Estándar: Superior al 90%
- c. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a menores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
 - Formulación: N° de pacientes menores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnóstico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo / Total de pacientes < 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
 - Población: Pacientes menores 14 años atendidos en urgencias
 - Tipo: proceso
 - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - Estándar: Superior al 90%
- d. Consentimiento de sedoanalgesia firmado
- Dimensión: Seguridad
 - Formulación: N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y firman el consentimiento informado/ N° total de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
 - Población: Pacientes atendidos en urgencias
 - Tipo: estructura
 - Fuente de datos:
 - Estándar: 100 %
- e. Complicaciones al aplicar el protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Seguridad y efectividad.
 - Formulación: N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y presentan alguna complicación con el mismo/N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
 - Población: pacientes a los que se aplica el protocolo de sedoanalgesia
 - Tipo: resultado
 - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - Estándar: menor al 10%

DURACIÓN

- Realización del proceso y protocolo.
- Dar a conocer el proceso y protocolo a los servicios implicados.
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019.
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0544

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ANA BELEN SANCHEZ PUERTOLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLAN ACERO ANA ROSA
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
CUARTERO CUENCA BERTA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA
MUÑOZ PINTOR MANUEL
ALTEMIR TRALLERO JARA
RODRIGUEZ LEON ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ELABORACIÓN DEL PROCESO Y PROTOCOLO, DURANTE EL AÑO 2019. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TEMA Y OTROS PROTOCOLOS PUBLICADOS. SESIONES CLÍNICAS SOBRE CASOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS: mejor control de la glucemia en los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias.

IMPACTO: unificación de criterios médicos entre los FEA de SU para el control de la glucemia en los pacientes atendidos.

INDICADORES:

1.- Determinación precoz de glucemia capilar en pacientes en riesgo de padecer hiperglucemia

· Dimensión: Riesgo. Efectividad

· Fórmula: N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) en riesgo de padecer hiperglucemia (pacientes diabéticos, pacientes no diabéticos con cuadros clínicos que pueden desencadenar hiperglucemias: sepsis, accidente cerebro vascular (ACV), pacientes en tratamiento con corticoides) a quienes se realiza glucemia capilar en el primer contacto con enfermería / N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) en riesgo de padecer hiperglucemia x 100.

· Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.

· Tipo: Proceso

· Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.

· Estándar: 90%

2.- Determinación de glucemia capilar en el triaje en todos los pacientes diabéticos que consultan en el Servicio de Urgencias.

· Dimensión: Riesgo. Efectividad

· Fórmula: N° Pacientes diabéticos que acuden al Servicio de Urgencias (SU) a quienes se realiza glucemia capilar en el primer triaje / N° Pacientes diabéticos que consultan en el SU x 100.

· Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.

· Tipo: Proceso

· Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.

· Estándar: 90%

3.- Determinación precoz de la glucemia capilar en los pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el Servicio de Urgencias que presentan alteración de su estado clínico.

· Dimensión: Riesgo. Efectividad. Seguridad

· Fórmula: N° Pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el Servicio de Urgencias que presentan alteración de su estado clínico a quienes se realiza glucemia capilar precoz / N° Pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el Servicio de Urgencias que presentan alteración de su estado clínico x 100.

· Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.

· Tipo: Proceso

· Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.

· Estándar: 90%

4.- Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge.

· Dimensión: Efectividad

· Fórmula: N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge / N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con hiperglucemia x 100.

· Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.

· Tipo: Proceso

· Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.

· Estándar: 85%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aceptación por parte del equipo de SU para la puesta en marcha del protocolo, y con ello un mejor control glucémico de los pacientes atendidos en el SU. Se irán realizando sesiones clínicas para formación continuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0544

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

y resolver dudas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/544 ===== ***

Nº de registro: 0544

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, MILLAN ACERO ANA ROSA, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, CUARTERO CUENCA BERTA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, ALTEMIR TRALLERO JARA, RODRIGUEZ LEON ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hiperglucemia es una situación metabólica muy prevalente en los Servicios de Urgencias (SU). Sin embargo, con frecuencia es considerado un evento accesorio más que una enfermedad en sí misma, siendo frecuente la inercia no terapéutica debida en gran medida a la escasa familiarización de los profesionales sanitarios con su manejo. El reconocimiento del impacto de la hiperglucemia en la morbimortalidad y costes de los pacientes hospitalizados también es creciente, observando que la hiperglucemia, además de ser un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria. En los últimos años el manejo de la hiperglucemia ha adquirido una especial relevancia y se han establecido recomendaciones que sugieren que el objetivo de glucemia durante el ingreso hospitalario debería ser el de la normoglucemia. Por ello creemos conveniente la realización de esta guía que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, para contribuir a la mejora de la calidad asistencial de los pacientes con hiperglucemia, promoviendo un manejo unificado y protocolizado de los mismos, encaminado a conseguir un control metabólico óptimo que lleve a la mejoría de diversos ítems de morbimortalidad asociados a la hiperglucemia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de manejo de la hiperglucemia en el SU para mejorar el control glucémico, tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos conocidos con hiperglucemia.
- Aplicar la metodología de la mejora continua de la calidad en el tratamiento insulínico de pacientes con diabetes o hiperglucemia en el SU.
- Reducir la aparición de hipoglucemias en pacientes sometidos a insulino terapia en el SU.
- Disminuir el número de hiperglucemias en pacientes que reciban tratamiento con glucocorticoides en el SU.

MÉTODO

Elaborar un protocolo de manejo de la hiperglucemia en el paciente atendido en el SU por cualquier motivo, unificando criterios de actuación.

INDICADORES

- 1.- Determinación precoz de glucemia capilar en pacientes en riesgo de padecer hiperglucemia
 - Dimensión: Riesgo. Efectividad
 - Fórmula: N° Pacientes que acuden al SU en riesgo de padecer hiperglucemia a quienes se realiza glucemia capilar en el primer contacto con enfermería / N° Pacientes que acuden al SU en riesgo de padecer hiperglucemia x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0544

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
 - Estándar: 90%
- 2.- Determinación de glucemia capilar en el triaje en todos los pacientes diabéticos que consultan en el SU.
- Dimensión: Riesgo. Efectividad
 - Fórmula: N° Pacientes diabéticos que acuden al SU a quienes se realiza glucemia capilar en el primer triaje / N° Pacientes diabéticos que consultan en el SU x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
 - Estándar: 90%
- 3.- Determinación precoz de la glucemia capilar en los pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico
- Dimensión: Riesgo. Efectividad. Seguridad
 - Fórmula: N° Pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico a quienes se realiza glucemia capilar precoz / N° Pacientes diabéticos en tratamiento con insulino terapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
 - Estándar: 90%
- 4.- Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge
- Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: N° Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge / N° Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 85%

DURACIÓN

Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2019, implantándolo en el primer trimestre de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DAVID R MEJIA ESCOLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLER ALLUE SANDRA
APARICIO JUEZ LARA
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
SERRA PUYAL BEATRIZ
GALLEGO LLORENS ROSA
ALVAREZ CORTES MARINA
MOYANO LEDESMA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de mejora se reunió por primera vez en mayo de 2019 donde se debatió que objetivos queriamos que cumpliera el protocolo del colico renal orientado al ambito de la urgencia
Una vez ratificado el objetivo principal y que motivo la creación de este grupo de mejora, se repartió el trabajo por especialidades y se emplazó al equipo para septiembre 2019 tras la búsqueda bibliografica, basado en la guia europea y americana de urologia.
En septiembre de 2019 una vez reunido el grupo de mejora se procedió a la puesta en comun y debate de los diferentes apartados.
Se emplazó a la responsable de Calidad del servicio de Urgencias para que valorase el proceso.
Con las aportaciones realizadas por la responsable de Calidad, en noviembre de 2019 el equipo de mejora se reunió para puesta en comun de los cambios planteados y dar por finalizado el procedimiento del colico en urgencias.
En diciembre de 2019 se envió el procedimiento a los diferentes Jefes de Servicio implicados en el proceso para que lo validasen.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de un protocolo de atención de paciente con colico renal en un servicio de urgencias.
Se ha elaborado una hoja de recomendaciones al alta de urgencias para el paciente, donde se indica que es un colico de riñon y cuales son los sintomas de gravedad para que los tenga en cuenta y los pueda detectar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la bibliografía existente tanto europeas como americanas nos ha permitido darnos cuenta que actos que realizabamos de manera rutinaria no tenían el mejor nivel de evidencia posible. Con este protocolo se pretende estandarizar el proceso en todo el servicio de urgencias.
El trabajo en equipo con otras especialidades y categorías sanitarias, permite ver y ponernos en el lugar de otros compañeros ante la asistencia de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/730 ===== ***

Nº de registro: 0730

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MEJIA ESCOLANO DAVID, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, SOLER ALLUE SANDRA, APARICIO JUEZ LARA, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, SERRA PUYAL BEATRIZ, GALLEGO LLORENS ROSA, CUARTERO CASIN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cólico renal es un cuadro clínico secundario a una obstrucción ureteral aguda, parcial o completa, en la mayoría de los casos secundaria a un cálculo o litiasis que provoca distensión aguda en el sistema colector. Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, y constituye el motivo más frecuente de asistencia urgente dentro del ámbito urológico (2-5 % de las urgencias hospitalarias). Por la brusquedad de su aparición, la intensidad del dolor y el quebrantamiento general que provoca, es una verdadera urgencia médica. En el servicio de Urgencias del H. San Jorge de Huesca tenemos una prevalencia de 1,5% de media en los últimos 7 años. Como factores favorecedores están los meses cálidos, a primera hora de la mañana, ser hombre blanco de 30 a 50 años. Es una causa muy importante de morbilidad y, aunque el fracaso renal por su causa es poco frecuente, origina un importante sufrimiento para el paciente y un elevado coste socioeconómico. A pesar de su elevada incidencia, diferentes estudios han demostrado la gran variabilidad clínica a la hora del diagnóstico y el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar la atención del paciente que consulta por cólico renal en el Servicio de Urgencias, con un rápido y eficaz control del dolor siguiendo las guías de práctica clínica existentes.
- Definir las indicaciones para la realización de las pruebas complementarias.
- Definir la estrategia a seguir en el caso del cólico renal complicado.
- Definir los criterios de derivación a Consultas Externas de Urología.

MÉTODO

Se realizará una guía para la atención de los pacientes con cólico renal que consultan en el Servicio de urgencias, en la que conste los criterios diagnósticos de cólico renal simple y complicado, las pruebas complementarias a realizar con sus indicaciones, tratamientos, así como los criterios de alta a domicilio, interconsulta con el Servicio de Urología, ingreso hospitalario y de control en consulta de Urología. Se realizará la guía para la atención de estos pacientes entre Abril y Junio de 2019, poniéndola en conocimiento del personal del Servicio de Urgencias en el tercer trimestre de 2019, para su implantación definitiva en el último trimestre de dicho año.

INDICADORES

- 1) Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias
 - Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: 90%
- 2) Retraso en el tratamiento de los pacientes con cólico nefrítico
 - Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y triaje II en que se demora la administración de tratamiento analgésico más de 15 minutos / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: 20%
- 3) Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les realiza ecografía abdominal
 - Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les ha practicado ecografía abdominal y/o TAC / No Pacientes con criterios de cólico renal complicado x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: > 95%
- 4) Pacientes atendidos en el SU con el primer episodio de cólico renal que son citados a Consultas Externas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

de

Urología

- Dimensión: Efectividad
- Fórmula: No Pacientes con primer episodio de cólico renal citados a consulta externa de Urología / No Pacientes con primer episodio de cólico renal atendidos en Urgencias
- Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
- Estándar: 90%

DURACIÓN

Se pretende iniciar las actividades en abril y terminarlas a finales del año 2019.

Elaboración de una guía de actuación ante el cólico renal en urgencias.

Los responsables de la implantación son los participantes del proyecto de mejora que una vez elaborada la guía darán

a conocer a los diferentes servicios implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1466

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE REBECA TEJEDOR MENDEZ
· Profesión MIR
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO MORTE JONATAN
URBANO PANADERO BEATRIZ
ORTEGA ORTEGA BELEN
GIMENO GARCIA BEATRIZ
TORRES CABRERO RAQUEL
CORTES IZAGA MARIA
SIRERA SUS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo de mejora se reunió por primera vez en Abril de 2019 donde se debatió que objetivos queríamos que cumpliera la guía dirigida a los futuros residentes que llegaran al H. San Jorge. Una vez ratificado el objetivo principal y que motivo la creación de este grupo de mejora, se repartió el trabajo y se emplazó al equipo para junio 2019 tras la búsqueda bibliográfica.

En junio de 2019 se volvió a reunir el equipo de mejora y una vez analizada la bibliográfica existente se definieron las partes en la que se iba a componer la guía, se repartió el trabajo en 4 equipos.

En septiembre de 2019 el equipo se reunió para puesta en común y evaluar el trabajo realizado hasta dicho momento y se emplazó a realizar los cambios que se consideraron oportunos.

En noviembre de 2019, la guía fue enviada a la Responsable de Calidad y Coordinador del Servicio del Servicio de Urgencias que aportaron las modificaciones que consideraron oportunas.

En diciembre de 2019, se procede a la emisión definitiva de la guía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de una guía de acogida e información a los Médicos Internos Residentes (MIR), que realizan atención continuada en el Servicio de Urgencias en formato digital.

La guía ha sido editada en formato digital para ser entregada a los residentes que actualmente realizan la atención continuada en el S. Urgencias del H. San Jorge de Huesca.

Se va a buscar financiación institucional para la edición e impresión de la misma y poder proporcionarla a los nuevos residentes del año 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de las guías publicadas nos ha permitido la realización de nuestra propia guía de acogida al residente, evaluando las necesidades que se tienen los primeros días cuando empiezas la residencia, poniendo en un documento las normas de funcionamiento y organización tanto del Servicio de Urgencias como del resto del hospital.

Esta guía debe ser un instrumento vivo dispuesto para ser modificado por promociones venideras, ya sea porque haya aspectos que no estén reflejados o porque la evolución de la organización del servicio y/o hospital se vea modificada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1466 ===== ***

Nº de registro: 1466

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
TEJEDOR MEDEZ REBECA, ALONSO MORTE JONATAN, URBANO PANADERO BEATRIZ, ORTEGA ORTEGA BELEN, GIMENO GARCIA BEATRIZ, TORRES CABRERO RAQUEL, CORTES IZAGA MARIA, SIRERA SUS MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1466

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la experiencia por parte de residentes de otros años y la nuestra propia, consideramos necesario una guía de acogida en el servicio de Urgencias que facilite la adaptación en los primeros momentos del primer año de residencia. Esta guía tiene una finalidad orientativa, pretende proporcionar una información básica inicial sobre las normas y organización del servicio y del hospital, la coordinación con otros servicios y especialidades, las actividades docentes que se llevan a cabo y el funcionamiento general de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es realizar una guía de acogida e información para todos los residentes de primer año, que vayan a realizar guardias o una rotación en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge de Huesca. Con ello se espera conseguir una mejor adaptación del residente de primer año que será evaluada con una encuesta de satisfacción.

MÉTODO

- Reuniones del equipo de mejora
- o Una primera reunión inicial para acordar los puntos clave que deben estar contenidos en la guía (índice) y distribuir el trabajo para desarrollarlos.
- o Posteriores reuniones, aproximadamente cada 2 meses, para poner en común lo elaborado, valorar los avances y realizar correcciones si fueran necesarias.
- Revisión sistemática de las guías que existan y que sirvan de base para elaborar la guía.
- Realizar una sesión de presentación de la guía a los nuevos residentes, otorgando un ejemplar de la misma.
- Realización de una encuesta inicial y final para valorar grado de satisfacción y así recibir un feed-back con las opiniones de quienes han recibido esta guía.
- Se prevé la finalización de la guía en un plazo de 6 meses.
- Se precisará la impresión de 20 guías.

INDICADORES

- 1) Existencia de una guía de acogida e información a los Médicos Internos Residentes (MIR), que realizan atención continuada en el Servicio de Urgencias
 - Dimensión: Satisfacción.
 - Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
 - Explicación de términos: La Guía de acogida e información debe reunir la información necesaria para que el MIR pueda desempeñar correctamente su trabajo en el Servicio de Urgencias
 - Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
 - Tipo: Estructura
 - Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
 - Estándar: Si
 - 2) Conocimiento de la Guía de Acogida e Información a los MIR
 - Dimensión: Satisfacción
 - Fórmula: N° MIR que conocen la existencia de la guía de acogida e información/ N° de MIR que trabajan en el Servicio de Urgencias x 100
 - Población: MIR de cualquier especialidad que trabajan en el Servicio de Urgencias
 - Tipo: Resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias. Encuesta de satisfacción.
- Documentación y registros de la Unidad de Atención al Paciente
- Estándar: > 95%

DURACIÓN

Se iniciará el proyecto en mayo con una duración de 6 meses.

Se finalizará en diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1466

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1259

1. TÍTULO

PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE INGRID GUIOTE PARTIDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONO ARIÑO ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
FONT CELAYA JAVIER
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Elaboración del proceso durante abril y mayo de 2017.
· Ajuste nuevo protocolo hasta julio de 2017.
· Monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta septiembre de 2017.
· Implantación definitiva a partir de octubre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Tiempo entre la inclusión en LEQ y la realización de la biopsia de 11,77 días (criterio establecido en 1 mes).
- Tiempo entre la realización de la biopsia y visita del paciente en la consulta 20,48 días (criterio establecido en 6 semanas).
- Porcentaje de casos positivos comentados en sesión conjunta: 80% (criterio establecido en 85%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del 1 de junio al 30 de octubre de 2017 se han realizado en el Servicio de Urología 45 biopsias de próstata, con una incidencia de cáncer detectado del 44,4% (20 casos). La asignación rutinaria de fecha de quirófano y la solicitud de cita de control ha sido correctamente implantada.
Durante el período vacacional no se han podido comentar 4 casos de biopsia positiva por diferentes motivos, pero el cumplimiento de las sesiones en el período ordinario ha sido correcto.
La extracción de datos es un proceso laborioso con riesgo de inducir a errores, ya que hay que realizarlo de manera "artesanal", entrando en varias páginas de la historia y creando registros manuales.

RECOMENDACIONES:
Solicitar apoyo informático para el acceso a los datos básicos necesarios para el control del proceso.
Establecer alternativas y opciones al registro de casos y realización de sesiones en los periodos de menor personal/ mayor carga asistencial.

7. OBSERVACIONES.
La disminución de disponibilidad de quirófano durante el mes de agosto, aumentan ligeramente el tiempo entre la inclusión en lista de espera y la realización de la biopsia, que sólo en 1 caso sobrepasó el mes que establecimos como criterio de calidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1259 ===== ***

Nº de registro: 1259

Título
PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Autores:
GUIOTE PARTIDO INGRID, BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, FONT CELAYA JAVIER, DOLEZAL PETR, APARICIO JUEZ LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: cáncer de próstata
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1259

1. TÍTULO

PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de próstata es una patología prevalente en nuestro medio. El diagnóstico precoz y su tratamiento son fundamentales para aumentar la supervivencia en esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es la mejora en eficiencia del proceso de diagnóstico (biopsia de próstata y estudio de extensión) de cáncer de próstata, así como de la indicación de tratamiento del mismo.

MÉTODO

- Optimización de los intervalos de diagnóstico y realización de pruebas complementarias durante el proceso.
- Establecimiento de criterios consensuados y basados en la evidencia para la indicación de solicitud de pruebas y posterior tratamiento.

INDICADORES

- Tiempo desde la indicación de biopsia de próstata hasta realización de la misma. (3 semanas-1mes).
- Tiempo desde la realización de la biopsia hasta indicación terapéutica (4 semanas-6 semanas)
- Porcentaje de casos de cáncer detectado comentados en sesión con establecimiento de consenso de decisión terapéutica (75-85%)

DURACIÓN

- Elaboración del proceso durante los meses de abril y mayo de 2017.
- Ajuste de las actividades actuales al nuevo protocolo hasta julio de 2017.
- Monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta septiembre de 2017.
- Implantación definitiva a partir de octubre 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 - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA RUIZ RAMIRO
BONO ARIÑO ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
ABAD ROGER JORGE
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el inicio de este Proyecto en el primer semestre del 2017 se ha creado la consulta especializada en Tumor Vesical. Se designaron 2 Facultativos responsables de dicha consulta, que se lleva a cabo los lunes y martes en la consulta número 19 del hospital San Jorge de Huesca. Para ello se ha creado, desde el Servicio de Citaciones, la prestación "tumor vesical" y el código 2.69 para identificar y remitir a los pacientes con esa patología a las consultas designadas a tal efecto.

Se ha cumplido con el calendario marcado al inicio del proyecto. Así, en mayo-junio de 2017 se designaron los 2 Facultativos especialistas adscritos al Servicio de Urología responsables, así como las consultas físicas a utilizar (consulta número 19, los lunes y martes).

Desde julio de 2017, todos los pacientes con tumor vesical visitados en las consultas de Urología, se remiten para las siguientes revisiones rutinarias a las consultas asignadas.

En diciembre 2017 - enero 2018 identificamos problemas como la no utilización de códigos o prestaciones que identificaran a los pacientes que presentan esta patología; por lo que en varias ocasiones se citaron en otras consultas urológicas (no lunes o martes en la C.19). A raíz de esto, y en colaboración con el Servicio de Citaciones, se fijaron la prestación "tumor vesical" y el código 2.69

Para el desarrollo de este proyecto se han utilizado tanto la Actualización de los protocolos de seguimiento de Tumor vesical de bajo, intermedio y alto grado; como la actualización de las pautas de instilación endovesical del quimioterápico Mitomicina C y la inmunoterapia BCG. Dichas actualizaciones, basadas en las Guías Clínicas Europeas de Urología, se han elaborado como Proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica 2016 por parte del Servicio de Urología, adaptándolas a nuestro medio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como objetivo inicial del Proyecto nos marcamos la creación de una Consulta especializada en Tumor Vesical. Dicha consulta está en marcha desde el segundo semestre de 2017.

Los pacientes que presentan esta patología son revisados habitualmente cada 6 meses con pruebas complementarias como ecografía, citologías urinarias, cistoscopias... Así, los pacientes remitidos a la Consulta Especializada de Tumor vesical en el segundo semestre de 2017 se están visitando en la actualidad. Sobre ellos se están aplicando los Protocolos actualizados de seguimiento e instilaciones endovesicales.

El control de pacientes fuera de seguimiento óptimo (en cuanto a tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento per sé), según Guías Clínicas y los protocolos actuales del Servicio son < 10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de una Consulta especializada en Tumor Vesical mejora el rendimiento en la visita de pacientes con esta patología. Reciben un seguimiento estrecho, preciso y acorde a los Protocolos y Guías Clínicas según grupos de riesgo; evitando variabilidad interprofesional.

Los pacientes atendidos agradecen tener un Facultativo (o dos) de referencia, aunque la satisfacción de los mismos según encuesta (tipo ISO) no se ha realizado debido al escaso tiempo de seguimiento en la actualidad. Sería una oportunidad como Proyecto de Acuerdo de Gestión futura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1286 ===== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA RUIZ RAMIRO, BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, NAVAS PIEDRAFITA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

DANIELA, SUBIAS BARDAJI PILAR, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE, ABAD ROGER JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario. Su evolución es impredecible y con el tiempo el 50-88% presentan recidivas. La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. Los tumores vesicales no músculo-invasivos pueden presentar un amplio abanico de comportamientos en cuanto a recidiva y progresión se refiere, dividiéndose en 3 grupos; desde un grupo de bajo riesgo, hasta el grupo que consiste en pacientes que cursan con tumores que presentan una relativa agresividad ya desde el inicio, y que aproximadamente un 45% de los pacientes progresarán a tumores músculo-invasivos. Esta heterogeneidad complica la elección del tratamiento y seguimiento correcto para cada paciente; es por eso por lo que se intenta estratificar a los pacientes según grupos de riesgo de recidiva y progresión.

Actualmente, los facultativos del Servicio de Urología del hospital San Jorge de Huesca atienden en las Consultas Externas toda clase de patología urológica, sin diferenciación por grupos de patología. Los pacientes con tumores vesicales corresponden a un alto porcentaje de las consultas programadas cada día; además de la Consulta de Enfermería para instilaciones de quimioterápicos endovesicales que se realiza una vez por semana, para tratamiento adyuvante del tumor vesical no músculo-invasivo. En el año 2015 (pendientes aún de la estadística de 2016) diagnosticamos en nuestro Servicio 45 nuevos casos, realizamos 126 cirugías endoscópicas (resección transuretral de tumor vesical, biopsias vesicales, etc.), 150 cistoscopias en la Consulta y 424 instilaciones endovesicales con quimio o inmunoterápicos. La elevada incidencia y prevalencia de esta patología uro-oncológica y su complicada heterogeneidad precisa, por parte de los Especialistas en Urología, un gran conocimiento de esta enfermedad, así como la implicación explícita por parte de los Facultativos de actualización permanente en este ámbito urológico. La implementación de esta Consulta mejorará el rendimiento de la consulta, ya que los pacientes recibirán un seguimiento estrecho, preciso y evitando estudios innecesarios, ajustando tiempos y pruebas complementarias acordes a su riesgos de recidiva y/o progresión de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de una Consulta especializada de Urología en pacientes con Tumor vesical, llevada a cabo por 2 Facultativos Especialistas del Servicio de Urología.

Se pretende fijar objetivos y analizarlos, detectando debilidades y proponiendo líneas de mejora; analizar las necesidades y el uso-consumo adecuado de medios en esta Unidad; potenciar y motivar el trabajo conjunto; fomentar la responsabilidad individual de los Facultativos; profundizar en el estudio y desarrollo del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer vesical no músculo invasivo e invasivo, que redundará en la satisfacción del paciente y en una mayor producción científica-investigadora.

MÉTODO

Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la consulta semanal de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos.

Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que serán los encargados de atender esta Consulta especializada.

Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales. La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

INDICADORES

Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio < 10%
Satisfacción pacientes atendidos mediante Consulta especializada en Tumor vesical; según encuesta de satisfacción (ISO) 100%

DURACIÓN

Duración: Permanente e indefinida.

Calendario:

•Mayo-Junio 2017: Organización del Servicio de Urología para adecuar las Consultas ya establecidas a la implantación de 2 Consultas especializadas en Tumor vesical.

•Junio-Julio 2017: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento por tumor vesical a estas consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

- Noviembre-Diciembre 2017: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
- Marzo-Abril 2018: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARCELLER TEJEDOR ELENA
GUIOTE PARTIDO INGRID
DOLEZAL PETR
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Mayo-Junio 2017: Revisión de la última evidencia científica basada en guías de práctica clínica a nivel nacional e internacional (europeas y americanas) y adecuación de la misma a nuestro entorno y recursos.
- Mayo-Junio 2017: Colaboración con otros servicios de Urología de la comunidad.
- Mayo-Junio 2017: Elaboración de documentos para cada uno de los grupos de riesgo con el fin de alcanzar la máxima agilidad en consulta.
- Junio-Julio 2017: Inicio de consulta especializada con apoyo en dichos documentos.
- Julio 2017 - Marzo 2018: Detección de problemas, corrección de los mismos, ajuste de protocolos a dichos problemas, propuestas o solicitud de medios al resto de servicio.
- Marzo - Abril 2018: Valoración de resultados, de cumplimiento de objetivos, de percepción y satisfacción de pacientes y profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A Febrero de 2018 y tras la correspondiente revisión de la literatura se han identificado 3 grupos de riesgo de recidiva y progresión en base a características del tumor vesical (alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo). De acuerdo a estos grupos, se han realizado 3 propuestas de seguimiento y de tratamiento adyuvante según lo encontrado en la bibliografía y tras colaboración con otros servicios de Urología de Aragón, dichas propuestas han sido consensuadas y refrendadas por el resto del servicio de acuerdo a la larga trayectoria del mismo en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento en nuestro entorno y con los medios de que se dispone.
Se han elaborado documentos de lectura fácil para el manejo de cada paciente que serán incluidos en la historia clínica de modo que en el caso de que los responsables de la consulta se encuentren fuera del Hospital (Vacaciones, días libres etc.), dicha consulta pueda seguir su funcionamiento normal con cualquiera de los otros facultativos.
Actualmente nos encontramos reclutando todos los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este seguimiento, bien los que ya están siendo controlados en consulta por antecedente de tumor vesical, bien los que están siendo sometidos a tratamiento adyuvante endovesical o bien aquellos diagnosticados "de novo" y dados de alta en planta (de tal forma que acuden a la consulta habilitada para tal fin).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un protocolo que estandarice el seguimiento de los pacientes afectos por carcinoma vesical no musculoinvasivo resulta fundamental para ajustar los recursos a los requerimientos de cada paciente. La aplicación del mismo ha sido bien aceptada tanto por los profesionales implicados como por los pacientes. El momento de mayor dificultad en la implantación del mismo ha sido al inicio, pues en la mayoría de ocasiones es necesario adaptar el seguimiento que se venía haciendo al nuevo protocolo (en plazos y en pruebas diagnósticas). Sería muy interesante realizar un trabajo de valoración de satisfacción percibida por los pacientes así como de comparación en tasa de detección de recidivas y de progresión del nuevo seguimiento vs el antiguo, si bien en el momento actual no es posible por el escaso seguimiento de acuerdo a nuevo protocolo. Se encuentra pendiente cuantificar qué pacientes se encuentran fuera de protocolo y las razones del incumplimiento, aunque nuestra impresión es que este grupo resulta anecdótico y no relacionado con problemas ocasionados por el mismo sino que se trate de pacientes que aun no han acudido a la consulta de control. Este proyecto nos anima a continuar elaborando otros como, por ejemplo, el seguimiento en los pacientes con tumor vesical musculoinvasivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1291 ===== ***

Nº de registro: 1291

Título
ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, GUIOTE PARTIDO INGRID, DOLEZAL PETR, APARICIO JUEZ LARA, SUBIAS BARDAJI PILAR, NAVAS PIEDRAFITA DANIELA, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
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 carcinoma urotelial vesical es la patología maligna más común del tracto urinario siendo el cáncer 11º en cuanto a frecuencia en todo el mundo, éste es más frecuente en varones que en mujeres (8,9 casos por 100000 personas-año frente a 2,2) pero debemos tener en cuenta que España es el país con una tasa de incidencia ajustada por edad más alta de la unión europea, además dentro de España, Aragón es una de las comunidades con una tasa de cáncer de vejiga más elevada.
Además de una gran heterogeneidad pronostica propia de los diferentes grados tumorales, existen factores asociados con una mayor probabilidad de recidiva, otros de progresión y no disponemos de marcadores rutinarios con alta rentabilidad diagnóstica más allá de las citologías urinarias (con una sensibilidad superior al 70 % en tumores de alto grado y del 35-48% en los de bajo grado, y una especificidad del 95%), por lo que el resultado final es que nos encontramos con un grupo de pacientes muy heterogéneo que se beneficiarían de un seguimiento individualizado. Dadas la frecuencia y la heterogeneidad de la patología tumoral vesical, los pacientes afectados por la misma podrían beneficiarse de un seguimiento individualizado, exhaustivo y óptimo en base a las últimas guías de evidencia clínica sin necesidad de desembolso económico alguno ya que la infraestructura y el personal necesarios ya forman parte del Servicio de Urología si bien creemos que una reorganización y mejor gestión de dichos recursos podría repercutir en un diagnóstico precoz de las recidivas o de la progresión así como reducir el número de pruebas, de consultas o dar de alta a pacientes con períodos libres de enfermedad prolongados.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos de acuerdo a las evidencias recogidas en las guías de práctica clínica de referencia en base al grupo de riesgo de cada paciente.

MÉTODO

Búsqueda, revisión y evaluación de guías de práctica clínica relacionadas y elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos en base al grupo de riesgo de cada paciente. Seguimiento homogéneo de estos pacientes por 2 urólogos dedicados a ello en 2 consultas monográficas semanales.
Se agruparán los pacientes por grupo de riesgo y dentro de cada grupo se realizarán los procedimientos necesarios en tiempo y forma (ECO, Citologías, Cistoscopias, Biopsias vesicales, TAC, Urografías intravenosas...).
Podrá plantearse excluir del seguimiento propuesto a pacientes con características especiales (reacciones alérgicas a terapia endovesical, edad avanzada...) o consensuar procedimientos fuera de protocolo entre los urólogos encargados de la unidad.

INDICADORES

INDICADOR 1: Cumplimiento del seguimiento propuesto

EXPLICACIÓN 1: Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente / Pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales

ESTÁNDAR 1: > 90%

INDICADOR 2: Administración de Mitomicina o BCG de forma adecuada al protocolo

EXPLICACIÓN 2: Pacientes que reciben BCG o Mitomicina según protocolo/ Total de pacientes que reciben BCG o Mitomicina

ESTÁNDAR 2: >90%

INDICADOR 3: Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo

EXPLICACIÓN 3: Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo / Total de procedimientos realizados

ESTÁNDAR: <10%

INDICADOR 4: Evaluación fuera de consulta especializada

EXPLICACIÓN 4: Pacientes diagnosticados de tumor vesical no "de novo" (con anatomía patológica) vistos en consulta no especializada/ total de pacientes diagnosticados de tumor vesical no "de novo" vistos en total

ESTÁNDAR 4: <10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

DURACIÓN

Duración: Permanente e indefinida.

Calendario:

- Mayo-Junio 2017: Revisión de guías de práctica clínica (Europeas, Españolas y Americanas) así como protocolos de otros servicios de Urología. Grupos de riesgo y elaboración de cronogramas de seguimiento y tratamiento de acuerdo a los mismos.
- Junio-Julio 2017: Coincidiendo con el inicio de consulta especializada destinada a estos pacientes, se inicia la puesta en marcha de nuestros protocolos.
- Noviembre-Diciembre 2017: Detección de problemas en el seguimiento y adaptación o modificación del protocolo.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente y para la institución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA RUIZ RAMIRO
BONO ARIÑO MARIA ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha conseguido ampliar el espectro de pacientes visitados en la consulta especializada de Tumor Vesical del Hospital San Jorge de Huesca, ya que previamente estaba diseñada para el seguimiento de pacientes con tumores vesicales NO músculo-invasivo. En la actualidad, esta consulta especializada atiende al paciente de forma integral, desde su primer diagnóstico de tumor vesical, hasta el seguimiento que precisa incluso tras la realización de cistectomía en su caso.

Así, todos los pacientes intervenidos de tumor vesical, sea músculo-invasivo o no, al alta hospitalaria se derivan a esta consulta especializada.

Los pacientes con tumores vesicales no músculo-invasivos llevan un seguimiento muy estandarizado tras la realización de un Protocolo aprobado hace un año por la Unidad de calidad de este hospital. De la misma forma, y para estandarizar el seguimiento de los pacientes tras cistectomía, se ha realizado recientemente un "Protocolo de seguimiento de pacientes sometidos a cistectomía radical por tumor vesical", pendiente de aprobación. Por otro lado, se ha conseguido que la consulta de enfermería dedicada a las instilaciones vesicales se amplíe a 2 días semanales, con lo que dicha consulta se utiliza también para dilataciones uretrales o cuidados y manejo de la ostomía urinaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos cumplido los objetivos de nuestro proyecto inicial, cumpliendo con el calendario marcado y con los indicadores estándar.

Así, conseguimos:

- Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento

óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio: <10%

- Cumplimiento del seguimiento propuesto Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo /

Pacientes en seguimiento: >90%

- Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo

/Total de procedimientos realizados: <10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al realizar una atención integral del paciente con tumor vesical, tanto los profesionales que los atendemos, como los propios pacientes, valoran esta consulta muy positivamente.

Son atendidos por los mismos profesionales, desde su primera consulta y todas las posteriores en el seguimiento estandarizado de su patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/510 ===== ***

Nº de registro: 0510

Título
OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA RUIZ RAMIRO, BONO ARIÑO MARIA ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, APARICIO JUEZ LARA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, SUBIAS BARDAJI PILAR, NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología maligna más frecuente del tracto urinario es el tumor vesical, y es la patología urológica que genera más gasto sanitario.
La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. El 43% de los pacientes a los que se realiza cistectomía corresponde a pacientes cuyo primer diagnóstico fue tumor vesical sin invasión muscular, pero que ha progresado con el tiempo.

Durante el año 2017, y como dos Proyectos de mejora de calidad del Servicio, pertenecientes a los Acuerdos de Gestión de 2016, se ha creado una consulta especializada en tumor vesical, con estandarización en el seguimiento y tratamiento de los diversos tumores vesicales no músculo-invasivos. Así, durante este tiempo, se ha conseguido ajustar y optimizar tiempos y pruebas complementarias acordes al riesgo de recidiva y/o progresión de cada paciente.

En nuestro Servicio de Urología se realizan en torno a unas 130 - 150 cirugías endoscópicas de tumor vesical y alrededor de unas 25 cistectomías al año, tras diagnóstico de tumor vesical músculo-invasivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliar el espectro de pacientes en la consulta especializada en Tumor vesical, ya que hasta el momento sólo se visitaban pacientes con enfermedad no músculo-invasiva; para los cuales se han elaborado distintos protocolos de actuación y seguimiento según grupos de riesgo.

Derivar estos pacientes ya en seguimiento en las consultas generales de Urología, a la consulta especializada en Tumor vesical.

Remitir al alta los pacientes cistectomizados a dicha consulta para seguimiento rutinario.

Plantear realizar una consulta de enfermería de ostomías urológicas.

Estandarización del seguimiento en consultas tras la intervención quirúrgica según la realización de un Protocolo orientado con las guías clínicas europeas de tumor vesical músculo-invasivo.

Optimizar recursos en la gestión de los tumores vesicales músculo-invasivos desde la resección transuretral hasta la cistectomía.

MÉTODO

Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la(s) consulta(s) semanal(es) de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos para patología vesical. Posibilidad de ampliar esta(s) consulta(s) para dudas y/o complicaciones con los estomas urológicos.

Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que son los encargados de atender esta Consulta especializada.

Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales.

La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Control Óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.		Control de pacientes fuera de seguimiento
Óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio.		
< 10%		
Cumplimiento del seguimiento propuesto		Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo
/ Pacientes en seguimiento		
> 90%		
Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo		Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de
protocolo / Total de procedimientos realizados		
< 10%		

DURACIÓN

Duración: Permanente e indefinida.

Calendario:

- Mayo-Noviembre 2018: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento semestral por tumor vesical a las consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

- Noviembre-Diciembre 2018: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
- Abril-Mayo 2019: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALDERERO ARAGON VERONICA
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
CARCELLER TEJEDOR ELENA
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER
DOLEZAL PETR
BONO ARIÑO MARIA ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo- Junio 2018: Se forma un equipo de Urología y Oncología médica que constituirá el germen del comité para, posteriormente y dependiendo de la dinámica, ampliar el mismo a otras especialidades implicadas en la atención sanitaria del paciente afectado por tumores urológicos. Se identifican los recursos disponibles para las reuniones considerando los mismos suficientes y se adquiere el compromiso de asistencia y colaboración por parte de los miembros del mismo. Se acuerda realizar reuniones con una periodicidad quincenal, en horario de jueves de 14 a 15 horas (dependiendo de la finalización de la actividad asistencial en cada caso), en la planta 4ª en el despacho de adjuntos del servicio de Urología. El objetivo inicial del comité es comentar casos que precisen derivación desde Barbastro a Huesca, una atención multidisciplinar o de una complejidad que requiera un consenso en la toma de decisiones.

- Junio- Agosto 2018: Se realizan una serie de reuniones en las que acordamos el control de los casos mediante la realización de una base de datos. Durante el período de verano desciende ligeramente la participación debido a la menor actividad asistencial y al período vacacional pero, a pesar de todo, se continúa con la actividad del mismo.

- Septiembre 2018 - Febrero 2019: Se pone en marcha el comité, se registran los casos y se toman decisiones consensuadas de los mismos. Se considera adecuado incluir al servicio de Radiodiagnóstico y de Anatomía Patológica en el mismo. Además y dado que se va a desplazar a nuestro centro un facultativo de Oncología Radioterápica, se considera óptimo que cuando esto suceda, se programe el comité el día en el que dicho facultativo se encuentre en nuestro centro para que pueda asistir al mismo. Durante este período se inician los trámites para dar oficialidad al comité desde el punto de vista de la normativa vigente, se contacta con la unidad de calidad para informarnos y se empiezan a elaborar los estatutos del comité.

- Marzo Abril 2019: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el comité se han comentado 184 pacientes, 145 procedentes de Barbastro (78,8%), 34 de San Jorge (18,5%) y 5 missing (2,7%).

En cuanto a la localización del tumor, 103 pacientes presentaban un cáncer de próstata (56%), 40 de vejiga (21,7%), 34 de riñón (18,5%), 3 de testículo (1,6%), 2 de pene (1,1%), 1 de uréter (0,5%) y 1 origen desconocido (0,5%).

De acuerdo a los indicadores que fijamos en su momento para evaluar nuestro proyecto:

- Cumplimiento de calendario de reuniones: se fijó un estándar superior al 90% y, en este punto, hemos alcanzado el 100% puesto que se han llevado a cabo todas las reuniones que se han programado. Este alto cumplimiento se debe a que hemos adaptado el programa de reuniones al calendario, es decir, en cada comité se fijaba la fecha del siguiente que, en condiciones normales, era 15 días después pero que, en ocasiones y porque fuese festivo, podría adelantarse o retrasarse por lo que vemos que esta metodología ha impactado positivamente en el cumplimiento sin que lo haga negativamente en el manejo de los casos tratados.

- Resolución de casos: se fijó un estándar superior al 80% y se ha alcanzado un 95%. El 5% corresponde a casos que, por su complejidad, han precisado derivación a servicios de Urología de centros terciarios que dispusiesen de servicio de cirugía vascular y cardíaca (tumores renales con trombo en vena cava) o de pacientes que por su ideología no aceptaban transfusiones sanguíneas. El resto de pacientes han sido resueltos con recursos propios de los sectores de Huesca y Barbastro.

- Derivación de pacientes: Se trata de pacientes que fueron derivados a otro centro sin ser comentados previamente en el comité. En este punto se fijó un estándar inferior al 20%. En este punto resulta complejo indicar un grado de cumplimiento con precisión pero, sin duda, se encuentra por debajo del estándar marcado. La dificultad reside en que algunos casos muy complejos se pueden derivar directamente desde la consulta de Huesca o Barbastro y comentar en las sesiones de los servicios alcanzando consenso en la canalización a ese nivel y no considerando necesario que lleguen hasta el comité.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de un comité de tumores constituye un importante reto tanto para los profesionales implicados como para los hospitales desde un punto de vista administrativo y de organización de los recursos. Sin duda, la motivación del equipo junto con el apoyo de las direcciones médicas han constituido los pilares fundamentales para que este proyecto haya podido iniciarse y avanzar. Nos queda pendiente otorgar al mismo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

un marco formal basado en la normativa que regula los comités, para ello tenemos elaborado un borrador que hemos de consensuar en el comité en primera instancia, posteriormente contar con la aprobación de la comisión de tumores del hospital y, por último, de la dirección médica. Está siendo una experiencia muy gratificante para todos, pues no sólo se trata de optimizar recursos y de consensuar casos sino de conocer el aspecto multidisciplinar en patología urológica oncológica y nuestra responsabilidad de actualización de conocimientos, lo que repercute en el día a día en una mejor atención de nuestros pacientes.

Es un proyecto que es perfectamente reproducible en otros hospitales ya que no conlleva un gran uso de recursos sino de reorganizar de los que ya se dispone.

Un ambicioso objetivo al que deberíamos aspirar es al de protocolizar el manejo de todos los pacientes oncológicos de urología "estándar" de forma que en ambos sectores se lleve a cabo de la misma forma y usar el comité para aquellos pacientes que no tienen cabida en dichos protocolos de manejo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/515 ===== ***

Nº de registro: 0515

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CALDERERO ARAGON VERONICA, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, DOLEZAL PETR, BONO ARIÑO MARIA ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología oncológica urológica supone una importante carga asistencial para los servicios de Urología de Aragón tanto desde un punto de vista de procedimientos quirúrgicos como de seguimiento en consultas, así como para los servicios de Oncología Médica.

En este sentido, tradicionalmente se han establecido vías de colaboración oficiosas entre servicios y entre hospitales ya que en ocasiones se comentan casos entre profesionales que generan dudas de manejo, que requieran tratamientos quirúrgicos complejos o un enfoque multidisciplinar.

Es por ello que creemos necesario dar oficialidad a esas vías de colaboración entre los Servicios de Oncología médica y Urología de los Hospitales de Barbastro y Huesca de forma que ya no sea una conversación telefónica a título individual entre profesionales la que de lugar a una canalización de pacientes sino que sean todos los profesionales implicados en la atención del paciente oncológico los que puedan aportar su punto de vista realizando un tratamiento integral del paciente oncológico de los sectores de Huesca y Barbastro minimizando diferencias entre sectores.

El objetivo 12 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de salud establece que los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que establezcan en plan terapéutico global, así el Hospital San Jorge es el centro de referencia del Sector Barbastro y, por ello, se plantea establecer dicho comité en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantar una comisión de tumores urológicos interhospitalaria periódica entre los sectores de Barbastro y Huesca para realizar un manejo integral del paciente con tumores urológicos cuyo diagnóstico, tratamiento o seguimiento requiera medios no disponibles en un determinado centro o cuyo manejo sea susceptible de tener una consideración multidisciplinar.

Posibilitar el intercambio de conocimientos entre profesionales de diferentes especialidades así como aumentar la motivación a la constante actualización científica en materia de Oncología Urológica.

MÉTODO

Establecer las vías de comunicación necesarias para lograr acordar un calendario de reuniones periódicas así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

como del contenido a tratar en dichas reuniones (casos controvertidos, elaboración de protocolos de seguimiento, derivación de pacientes que requieran tratamiento quirúrgico complejo...).

Se elaborarán actas de las reuniones en las que se incluirán los profesionales presentes así como los casos tratados.

Según los resultados obtenidos y las carencias detectadas, se plantearán otros recursos necesarios (por ejemplo incorporación de profesionales de otras especialidades).

INDICADORES

INDICADOR 1: Cumplimiento de calendario de reuniones

EXPLICACION 1: Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas previamente

ESTÁNDAR 1: > 90%

INDICADOR 2: Resolución de casos

EXPLICACION 2: Casos "resueltos" sin precisar apoyo externo/ Total de casos comentados

ESTÁNDAR 2: >80%

INDICADOR 3: Derivación de pacientes

EXPLICACION 3: Pacientes derivados y comentados en comité/ Pacientes derivados sin ser comentados previamente en comité

ESTÁNDAR 3: <20%

DURACIÓN

- Mayo-Junio 2018: Conformación del equipo de Urología y Oncología médica que formará parte del comité. Realizar una serie de reuniones para identificar problemas en cada uno de los sectores y aportar ideas mediante técnica de brainstorming. Puesta en común de los mismos, toma de decisiones estratégicas previa realización de priorización de problemas. Consenso en periodicidad (calendario predefinido), forma, lugar, temas a tratar e integrantes del comité.
- Junio-Agosto 2018: Reparto de tareas, reuniones previas del comité a modo de simulacro, tratando casos reales e identificando problemas en la puesta en marcha.
- Septiembre-Febrero 2018: Puesta en marcha del comité, registro de los casos tratados y toma de decisiones.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0719

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ARACELI BONO ARIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
GARCIA RUIZ RAMIRO
CARCELLER TEJEDOR ELENA
CASTILLO JEREZ MARCELA
GARCIA ALARCON JAVIER
FONT CELAYA JAVIER
SUBIAS BARDAJI PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Febrero-marzo 2019: reuniones con urólogos del servicio, enfermeras y auxiliares asignadas a consultas de urología, supervisora de consultas externas, secretaria cuarta planta, jefa y administrativos de citaciones.
- Abril 2019: se designan 3 urólogos responsables de dicha consulta, así como la consulta física a utilizar (consulta número 19 miércoles, jueves y viernes, de 10:00 a 13:00 del Hospital San Jorge de Huesca). Se crea, por el Servicio de Citaciones, la prestación "tumor prostático" y el código 2,68 para identificar y remitir a los pacientes con esa patología a las consultas designadas a tal efecto. Información a los pacientes y Médicos de Atención Primaria de la creación de la consulta especializada.
- En mayo 2019 se comienzan a remitir a la consulta especializada a los pacientes diagnosticados "de novo" y a los ya tratados y en seguimiento por cáncer prostático.
- Octubre 2019 monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta noviembre.
- Implantación definitiva a partir de noviembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Creación de una consulta especializada en Cáncer Prostático. Del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2019, 250 pacientes con cáncer prostático han sido revisados en la consulta especializada. La inclusión ha sido progresiva: segundo trimestre: 12 pacientes, tercer trimestre: 58 pacientes y cuarto trimestre: 180 pacientes.
- Cumplimiento con el calendario previsto
- Tiempo desde la finalización del estudio de extensión hasta el procedimiento terapéutico de 28,44 días (criterio establecido en <31 días)
- Pacientes que cumplen el seguimiento/pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales 96,22% (criterio establecido en >90%)
- Pacientes diagnosticados de tumor prostático "de novo" vistos en consulta no especializada/total de pacientes diagnosticados de tumor prostático "de novo" vistos en total 3,26% (criterio establecido en <10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En 2019 se han realizado 246 biopsias prostáticas, diagnosticándose 81 nuevos cánceres. La asignación rutinaria de los pacientes diagnosticados "de novo" a la consulta especializada ha sido correctamente implantada. La incorporación de los pacientes ya tratados y en seguimiento es progresiva ante la existencia de citas programadas con antelación a la creación de la consulta especializada.
La consulta especializada mejora la atención secuencial y multidisciplinar del paciente afecto de cáncer de próstata.
La extracción de datos es un proceso muy laborioso con riesgo de inducir a errores, hay que entrar en varias páginas de la historia y realizar registros manuales.
RECOMENDACIONES: Solicitar apoyo informático para el acceso a los datos básicos necesarios para el control del proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/719 ===== ***

Nº de registro: 0719

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CANCER DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0719

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

SAN JORGE

Autores:
BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, GARCIA RUIZ RAMIRO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, CASTILLO JEREZ MARCELA, GARCIA ALARCON JAVIER, FONT CELAYA JAVIER, SUBIAS BARDAJI PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
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 cáncer de próstata es una neoplasia de incidencia creciente y alta prevalencia. En España se detectan 22.000 casos nuevos/año. No hay datos concluyentes sobre si el screening del cáncer de próstata es eficaz para prevenir o disminuir la mortalidad. Es imprescindible el diagnóstico AP del tumor y su clasificación en grupos de riesgo (muy bajo, bajo, intermedio y alto riesgo), que condicionan distintas pruebas de estadiaje y tratamiento. Sabemos el comportamiento poco agresivo de algunos cánceres de próstata y la extremada agresividad de otros. Es imprescindible evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento. El desarrollo de nuevas moléculas que aumentan la supervivencia, constituyen nuevos escalones terapéuticos y provoca cambios continuos en el manejo del tumor. En nuestro Servicio en 2018 realizamos 211 biopsias prostáticas, diagnosticándose 75 nuevos cánceres, 18 cirugías radicales, 24 cirugías paliativas, 20 pacientes han recibido radioterapia y 16 han entrado en Vigilancia Activa. 106 pacientes reciben bloqueo hormonal y 6 pacientes, resistentes a castración, enzalutamida o abiraterona, tratamientos con un altísimo coste económico. Actualmente, los FEAs del Servicio de Urología del Hospital San Jorge atienden en Consultas Externas todo tipo de patología, sin diferenciación por grupos de patología excepto dos sesiones de mañana, dedicadas a Tumor vesical. La alta prevalencia e incidencia, su heterogeneidad, complejidad y alto coste económico de los nuevos tratamientos, precisa un gran conocimiento de la enfermedad y una implicación explícita en la actualización continua de conocimientos. La implementación de esta Consulta Especializada mejorará el rendimiento: todos los pacientes recibirán un seguimiento estrecho y preciso, se evitarán tratamientos y estudios innecesarios, ajustando tiempos y pruebas complementarias acordes a sus riesgos de recidiva y/o progresión; todo ello en base a las últimas guías de evidencia clínica. Los pacientes, al tener de referencia a tres FEAs, se sentirán más cómodos y disminuirá su ansiedad e incertidumbre.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de una Consulta especializada de Urología en pacientes con cáncer prostático, llevada a cabo por tres Facultativos Especialistas del Servicio. Se pretende:

- Mejorar la atención secuencial y multidisciplinar del paciente con cáncer de próstata
- Detectar debilidades y proponer líneas de mejora
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Optimizar el consumo de recursos sobre todo consensuando indicación de pruebas complementarias, tratamientos con intención curativa y paliativa, manejo de pacientes hormonosensibles/hormonoresistentes, y disminuir la frecuentación en las consultas en los casos innecesarios.
- Aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales

Se contactará con Atención Primaria con el objetivo de detectarlo precozmente y tratarlo en fases iniciales, así como para facilitar su seguimiento en determinados pacientes.

MÉTODO

- Tres consultas/semana especializadas en pacientes con cáncer de próstata. A estas consultas se remitirán los pacientes diagnosticados, tratados y en seguimiento por neoplasia prostática. Los pacientes se agruparán por: grupos de riesgo, tipo de tratamiento recibido, ausencia o no de progresión (bioquímica/clínica) de la enfermedad y metastásico/no metastásico
- Tres urólogos de la plantilla estructural del Servicio de Urología del Hospital San Jorge, que serán los encargados de atender esta Consulta.

INDICADORES

Control óptimo: Tiempo a tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías Clínicas y protocolos actuales del Servicio.

-Tiempo a tratamiento: tiempo desde la finalización del estudio de extensión hasta el procedimiento terapéutico (<31 días). Estándar>90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0719

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

-Cumplimiento del seguimiento: Pacientes que cumplen el seguimiento/pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales. Estándar>90%
-Evaluación fuera de Consulta Especializada Pacientes diagnosticados de tumor prostático "de novo" vistos en Consulta no especializada/total de pacientes diagnosticados de tumor prostático "de novo" vistos en total. Estándar<10%

DURACIÓN

Duración: permanente e indefinida

Calendario:

-Abril-mayo 2019: organización para adecuar las Consultas ya establecidas a la implantación de dos Consultas especializadas en Cáncer de Próstata

-Junio-julio 2019: se comenzará la derivación de pacientes diagnosticados, tratados y en seguimiento por cáncer de próstata a estas Consultas especializadas

-Monitorización del proceso, identificación de fallos y dificultades, con propuestas de mejoras hasta noviembre de 2019

-Implantación definitiva a partir de diciembre de 2019

-Marzo 2020: valoración de la situación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1485

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARCELLER TEJEDOR ELENA
FONT CELAYA JAVIER
CASTILLO JEREZ MARCELA
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON JAVIER
PELIGERO DEZA JAVIER
BONO ARIÑO ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo-Abril 2019: Partiendo de la formación recibida previamente en vigilancia activa en cáncer de próstata en un programa de formación FOCUSS, analizamos lo aprendido, realizamos una revisión bibliográfica exhaustiva de la última evidencia disponible, analizamos las fortalezas, debilidades y resultados del protocolo vigente, así como los puntos que podrían mejorarse con los recursos disponibles en nuestro centro, qué recursos podrían ser útiles en este contexto y cuales podrían implementarse. Además, nos ponemos en contacto con otros centros de Aragón que hacen vigilancia activa para tener referencias sobre la misma en nuestra comunidad por la posibilidad de pacientes que requieran derivación a otro centro en el futuro y que así exista una continuidad y homogeneidad en el proceso asistencial. Se elabora un borrador de protocolo.

Abril-Mayo 2019: Se contacta con otros servicios implicados en el proceso asistencial del cáncer de próstata y, más concretamente en la vigilancia activa. En concreto, se contacta con el Centro de Diagnóstico por Imagen ya que la resonancia magnética nuclear multiparamétrica resulta fundamental en los pacientes incluidos en esta modalidad de tratamiento. Dada la incorporación al servicio de urología de un nuevo ecógrafo con capacidad de biopsia por fusión (fusionando imagen de ecografía y resonancia previa) un facultativo de ese centro acude al hospital para ver in situ los requerimientos de la técnica y optimizar así las resonancias que se solicitan. Además, se contacta con el servicio de Anatomía Patológica para informar acerca de la remisión de muestras de zonas sospechosas en RMN.

Junio 2019-Enero 2020: Inclusión de pacientes candidatos a vigilancia activa con buena aceptación por parte de los pacientes y familiares, así como del servicio y del resto de servicios implicados.

Enero 2020: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 15 pacientes nuevos han sido incluidos en el protocolo de vigilancia activa actualizado, además se han recuperado 78 pacientes que ya habían sido incluidos en el anterior protocolo desde octubre de 2011 y que hemos de incluir en nuevo protocolo. De estos pacientes, 73 no habían sido sometidos a resonancia magnética nuclear multiparamétrica nunca por lo que creemos que deberemos reclasificar a los mismos utilizando dicha técnica si siguen cumpliendo criterios de vigilancia activa ya que 26 pacientes superan los 75 años y, dado que su esperanza de vida teórica es inferior a 10 años, deberían interrumpir la vigilancia activa para pasar a "Watchful Waiting" (Terapia expectante, tratar sólo complicaciones en caso de que aparezcan). En este momento no disponemos de resultados de los nuevos pacientes ya que la biopsia de confirmación se llevó a cabo a los 6 meses de la inicial por lo que algunos de ellos todavía no han sido sometidos a la misma.

De acuerdo a los indicadores que establecimos en su momento:

- Cumplimiento de protocolo de seguimiento: Se estableció un estándar superior al 90%, en nuestro caso el 100% de los pacientes nuevos incluidos en el mismo, están cumpliendo el protocolo a día de hoy, si bien sólo disponemos de 6 meses de seguimiento por lo que cabe esperar que se reduzca algo este dato. Además, cuando hagamos el análisis contando con los pacientes antiguos, este dato variará.

- Tasa de abandono voluntario: Se fijó un estándar inferior al 20%, del total de pacientes, tan solo 1 (6,7%) decidió abandonar la vigilancia activa a causa de la ansiedad de presentar un tumor y no ser tratado activamente en el momento del diagnóstico. Este dato no creemos que empeore, pues la experiencia con el protocolo previo es excelente y los pacientes procedentes del anterior, no es previsible que abandonen.

- Reclasificación de grupo de riesgo durante el seguimiento: Se fijó un estándar inferior al 20%. Los 15 nuevos pacientes se encuentran pendientes de realización de la biopsia de confirmación a los 6 meses de iniciar esta modalidad terapéutica y será en las siguientes biopsias en las que se podrá valorar este estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actualización del protocolo de vigilancia activa resulta fundamental para ofrecer a nuestros pacientes la seguridad clínica que otorga la nueva evidencia en cáncer de próstata de muy bajo riesgo. En este sentido, la colaboración entre los diferentes servicios como entre profesionales de diferente categoría profesional, resulta clave para realizar los cambios necesarios en este sentido y aquellos que están por venir.

La reciente instalación de un sistema de resonancia magnética en nuestro centro, nos obligará a colaborar con los radiólogos del mismo para intentar optimizar los resultados de la misma en el diagnóstico del cáncer de próstata. Además, la estrecha colaboración de nuestro servicio con Anatomía Patológica, junto con el análisis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1485

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO

de datos de pacientes que están en vigilancia activa como de aquellos que salen de la misma por progresión, nos van a permitir mejorar nuestras aptitudes en técnica de biopsia, en interpretación de imagen y de interpretación de hallazgos anatomopatológicos.

Es un proyecto que es perfectamente reproducible en otros centros ya que no requiere medios adicionales a un sistema de biopsia convencional e, idealmente, posibilidad de solicitar resonancia magnética nuclear ya sea en el mismo centro o derivar a otros centros de la comunidad.

Como tareas pendientes, nos quedará adaptar a los pacientes del antiguo protocolo al nuevo, sacando del mismo a aquellos que ya no sean candidatos a vigilancia activa por comorbilidad o edad. Además, será necesario estudiar la concordancia de la RMN con los hallazgos de biopsia y, en los pacientes que son sometidos a prostatectomía radical, con los hallazgos en pieza.

No debemos perder de vista, especialmente para garantizar la seguridad clínica en este contexto, que deberemos estar actualizados todos los profesionales implicados para incorporar las constantes novedades que surjan en este campo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1485 ===== ***

Nº de registro: 1485

Título
OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA (CP) DE BAJO/MUY BAJO RIESGO (EBR)

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, FONT CELAYA JAVIER, CASTILLO JEREZ MARCELA, APARICIO JUEZ LARA, GARCIA ALARCON JAVIER, PELIGERO DEZA JAVIER, BONO ARIÑO ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
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 CP es la neoplasia no cutánea más frecuente en el varón y la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en hombres de países occidentales. El 37 % de los pacientes diagnosticados, presentarán EBR (escasa probabilidad de afectar a la esperanza o calidad de vida del paciente). En estos casos, una estrategia de ttº que podría adoptarse es la vigilancia activa, que consiste en realizar un seguimiento protocolizado del tumor realizando un ttº con intención curativa en el momento que sea necesario, evitando así la morbilidad y el consumo de recursos de dichos ttºs en un período de la enfermedad en el que no son necesarios. En este contexto, resulta fundamental garantizar a los pacientes un seguimiento óptimo para ofrecer una elevada seguridad clínica basada en la identificación de candidatos a ttº activo de forma precoz.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se dirige a varones con esperanza de vida estimada > a 10 años y diagnosticados mediante biopsia de próstata de un adenocarcinoma de próstata con características de tumor de muy bajo o bajo riesgo (Estadio T1, Gleason = 6, Nº cilindros afectados = 2, afectación de cada cilindro = 50% o = 3 mm, PSA < 10, PSA densidad < 0,15 ng/ml/cc y ausencia de invasión perineural). Podrían considerarse candidatos de forma individualizada y consensuando la decisión con el resto del servicio, a pacientes con características diferentes a las anteriores, esto es a pacientes con bajo riesgo (Gleason 6 y PSA <10 con 3 o más cilindros afectos o T2a o afectación mayor del 50% de un cilindro) o pacientes con Gleason 3+4 con patrón de 4 inferior a 10%. El objetivo primario es optimizar los recursos disponibles en nuestro centro sin merma en la seguridad clínica de los pacientes incluidos en esta opción de tratamiento. Como objetivos secundarios, hemos considerado establecer un calendario de seguimiento que garantice el objetivo primario, reducir el número de pacientes que se reclasifican a lo largo del seguimiento, aumentar el rendimiento de las biopsias basándonos en los hallazgos de una resonancia magnética previa, aumentar la satisfacción de los pacientes y reducir la ansiedad y la tasa de abandono a consecuencia de presentar un tumor y no ser tratado activamente si no se requiere, realizar un protocolo con formato y contenido adecuado a nuestro sector que se actualice anualmente y sea ratificado por el comité de tumores urológicos del sector Huesca-Barbastro, realizar el seguimiento de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1485

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO

estos pacientes en una consulta específica de cáncer de próstata y colaborar con profesionales de otras especialidades (marcaje de lesiones en imágenes de resonancia).

MÉTODO

Se han identificado puntos a mejorar del protocolo actual en base a la última evidencia científica y recursos disponibles. Basándonos en el mismo, se elaborará un borrador que se consensuará con todos los miembros del servicio. Posteriormente se elaborará un 2º borrador que se presentará en el comité de tumores urológicos de Huesca-Barbastro. Por último, dicho protocolo será enviado a la UCA del sector y, si cumple los requisitos y se considera adecuado, que sea incluido en nuestro apartado de procedimientos en la intranet del sector. En cuanto a recursos necesarios, únicamente se precisa una sala de reuniones, la colaboración del personal encargado de la atención a este tipo de pacientes en cualquiera de las fases (diagnóstico, seguimiento, realización de biopsia etc.), el uso de RM multiparamétrica y de biomarcadores que hayan demostrado utilidad clínica en este contexto.

INDICADORES

1. Cumplimiento de protocolo de seguimiento. EXPLICACIÓN 1: Pacientes que cumplen el protocolo/Pacientes incluidos en el mismo. ESTÁNDAR 1: > 90%
2. Abandonos voluntarios. EXPLICACIÓN 2: Abandono de protocolo de forma voluntaria/Pacientes incluidos en el mismo. ESTÁNDAR 2: < 20%
3. Reclasificación de grupo de riesgo durante el seguimiento. EXPLICACIÓN 3: Pacientes reclasificados/Pacientes incluidos en el protocolo. ESTÁNDAR 3: < 20%
4. Tasa de abandono. EXPLICACIÓN 4: Pacientes que abandonan voluntariamente el protocolo/total de pacientes que inician el mismo. ESTÁNDAR 4: < 20%

DURACIÓN

- Marzo-Abril 2019: Analizar situación actual. Elaboración de borrador con consenso del servicio y presentación en comité de tumores.
- Abril-Mayo 2019: Establecer las vías de contacto y colaboración con otros servicios necesarias para garantizar la implantación de forma eficaz del mismo. Elaboración de protocolo adecuado en contenido y formato a los requisitos de la unidad de calidad del sector Huesca y envío del mismo para su aprobación y publicación.
- Junio 2019 - Enero 2020: Inclusión de pacientes.
- Febrero 2020: Análisis de resultados, identificación de áreas de mejora, satisfacción de pacientes y profesionales, actualización del protocolo en caso de que exista nueva evidencia. Elaboración de memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA RIVERA FUERTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
ELDUQUE PALOMO AMADEO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de las agendas monográficas
Formación en la detección, comunicación y terapia para el adecuado seguimiento de estos pacientes
Designación de responsables en el EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consultas monográficas creadas en los 14 Centros de Salud del Sector. Se partía de un valor inicial de 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Plantear mejor los objetivos, actividades e indicadores

7. OBSERVACIONES.
Se ha impartido, desde la plataforma de formación, un curso on-line de paliativos que finalizó en diciembre. En dicho curso no han podido ser admitidos todos los responsables de los centros y se deberían de realizar nuevas ediciones.
Tenemos que insistir en la utilización de las consultas monográficas y en la identificación de los pacientes subsidiarios de estos cuidados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1712 ===== ***

Nº de registro: 1712

Título
MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

Autores:
RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente susceptible de cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

MÉTODO
1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

- 2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
 - 3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
 - 4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
- Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

INDICADORES

- 1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
- 2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
- 3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
- 4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

DURACIÓN

Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **