

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

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

Número de memorias: 168 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AMB	H BARBASTRO	RIVAS CALVETE MARTA	2016_0886	S1	11/02/2018	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO
BA	AMB	UASA BARBASTRO	SIESO SEVIL ANA ISABEL	2016_0800	F	21/02/2018	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AMB	USM BARBASTRO	GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA	2016_1086	F	31/01/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO	GARCIA LACOMA MERCEDES	2016_0871	S1	11/02/2018	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)
BA	AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO	RIVAS CALVETE MARTA	2016_0886	S2	15/03/2019	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO
BA	AP	CME MONZON ATENCION ESPECIALIZADA	LOPE DALMAU ISABEL ANGELA	2016_1556	S1	12/02/2018	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS ABIEGO	MILLAN BARRIO MARIA LUISA	2016_1467	S1	06/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017
BA	AP	CS ABIEGO	MILLAN BARRIO MARIA LUISA	2016_1467	S2	01/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	HERNANDEZ DE PEDRO MARIA	2016_1561	S1	23/01/2018	SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO
BA	AP	CS AINSA	CLAVER GARCIA PAULA	2016_1593	F	23/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN LA INFANCIA-ADOLESCENCIA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	S1	20/02/2018	CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	F	11/02/2019	VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS AINSA	THACCO VELARDE MAGALY	2016_1629	F	12/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA ADMISION Y DOCUMENTACION	SORINAS FORNIES SILVIA	2016_1376	S1	24/01/2018	ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	S1	07/02/2018	REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	F	20/02/2019	REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD
BA	AP	CS BARBASTRO	GRAU PUEYO TRINIDAD	2016_0556	F	31/01/2018	UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	GRACIA MONTOLIU ALICIA	2016_0574	S1	15/02/2018	IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	BLASCO OLIVETE MELITON	2016_0581	S1	15/02/2018	MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO
BA	AP	CS BARBASTRO	CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES	2016_0711	S1	12/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES	2016_0711	F	27/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2016_0970	S1	14/02/2018	IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA	2016_1550	S1	12/01/2018	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA	2016_1550	S2	11/01/2020	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	S1	12/01/2018	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

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

Número de memorias: 168 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	S2	26/02/2019	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	F	26/02/2020	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1559	F	15/02/2018	EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION
BA	AP	CS BENABARRE	CASTRO CUBERO ROSA	2016_1579	F	16/02/2018	GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS
BA	AP	CS BENABARRE	VENTURA SAURA MARIA PILAR	2016_1584	S1	16/02/2018	ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S1	08/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S2	14/02/2019	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S3	23/01/2020	MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	MONTERO MORATA CARLOS	2016_1526	S1	09/02/2018	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	JUAREZ GRACIA CRISTINA	2016_1526	S3	30/01/2020	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	JUAREZ GRACIA CRISTINA	2016_1526	F	21/02/2019	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	S1	16/02/2018	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	F	28/02/2019	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2016_0727	S1	15/02/2018	MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2016_0727	F	15/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2016_1476	F	08/08/2019	IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL	2016_1043	F	01/07/2017	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	S1	19/01/2018	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	S1	02/02/2018	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	S2	24/02/2019	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	S1	16/02/2018	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	F	07/03/2019	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S1	22/01/2018	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S2	26/02/2019	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S2	17/01/2020	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	S1	14/02/2018	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	S2	28/02/2019	EXPLORACION DE PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	S1	16/02/2018	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	F	07/03/2019	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	S1	29/01/2018	RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	F	15/02/2019	RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	S2	07/02/2019	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

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

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

Número de memorias: 168 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	F	29/01/2020	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	2016_0165	S1	17/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	2016_0165	S2	20/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2016_0637	S1	04/02/2019	CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2016_0637	S1	22/01/2018	CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA
BA	AP	CS FRAGA	LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA	2016_0758	S1	09/02/2018	INTERVENCION EN LA COMUNIDAD
BA	AP	CS FRAGA	LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA	2016_0758	S3	10/03/2019	PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA
BA	AP	CS FRAGA	CLEMENTE JIMENEZ SILVIA	2016_0770	S1	21/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE
BA	AP	CS GRAUS	SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA	2016_0022	S1	01/02/2018	TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	16/02/2018	IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	15/01/2019	ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	F	18/01/2019	PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA
BA	AP	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2016_1418	S1	14/02/2018	GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2016_1569	S1	11/02/2018	GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA ASCENSION	2016_0635	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	BERNUES SANZ GUILLERMO	2016_1586	S1	12/02/2018	ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION
BA	AP	CS LAFORTUNADA	RUIZ ALMENARA VALENTIN	2016_1587	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA
BA	AP	CS MEQUINENZA	BETRIAN HERRERA PATRICIA	2016_1384	F	19/02/2018	INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	2016_1413	S1	19/01/2018	EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	2016_1413	S2	18/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2016_1414	S1	16/02/2018	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2016_1414	S2	05/03/2019	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	ALASTRUE PINILLA CARMEN	2016_1455	S1	23/01/2018	LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA
BA	AP	CS MONZON RURAL	ALASTRUE PINILLA CARMEN	2016_1455	F	12/02/2019	LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S1	14/02/2018	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S2	28/02/2019	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S3	31/01/2020	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE

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

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

Número de memorias: 168 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN	2016_1536	S1	08/02/2018	CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	GUEVARA LOPEZ TERESA	2016_0784	S1	16/02/2018	MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE	2016_1499	S1	16/02/2018	ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	LOPE DALMAU ISABEL ANGELA	2016_1556	S2	06/03/2019	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS MONZON URBANO	JAVIERRE MIRANDA ELENA	2016_1437	S1	10/02/2018	PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES
BA	AP	CS MONZON URBANO	JAVIERRE MIRANDA ELENA	2016_1437	F	26/01/2020	PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLON LOSCERTALES ANA CRISTINA	2016_1066	F	07/02/2018	MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	PASCUAL FRANCO MONICA	2016_1481	S1	07/02/2018	GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	S1	07/02/2018	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	F	22/01/2019	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	MOTIS MONTES GABRIEL	2016_1484	S1	07/02/2018	TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGU VICTOR	2016_1476	S1	16/02/2018	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2016_1479	F	16/02/2018	PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA MEDICINA INTERNA	CUCALON MARIN ROCIO	2016_0513	S1	09/02/2018	PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA URGENCIAS	PUEYO LALIENA SILVIA	2016_0342	S1	06/02/2018	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA
BA	HOSP	H BARBASTRO ADMISION Y DOCUMENTACION	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	S1	29/01/2018	PROYECTO POLY-CARE
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	FONTAN ABAD ADRIAN	2016_0919	S1	29/01/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	LALANA GARCES MARTA	2016_0972	F	14/02/2018	REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2016_0162	F	23/01/2018	MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	IRICIBAR MIR LAURA	2016_0242	F	07/02/2018	ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO	2016_0662	F	16/02/2018	FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FRANCES RAMI ESMERALDA	2016_1001	F	05/02/2018	CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	CARRASQUER PUYAL AURORA	2016_1771	S1	13/02/2018	TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROCHE ALBERO ADRIAN	2016_0482	F	21/02/2018	MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
BA	HOSP	H BARBASTRO	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	S0	27/02/2019	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y

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

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

Número de memorias: 168 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		DERMATOLOGIA					ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	S1	15/02/2018	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	F	29/02/2020	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	PUYAL MELE ANA	2016_0503	S0	08/03/2019	FARMACOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN LA DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	CASTELLAR OTIN ELENA	2016_1764	F	09/03/2018	UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL
BA	HOSP	H BARBASTRO ENFERMERIA	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2016_1000	S1	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	PUYAL MELE ANA	2016_0503	S1	30/01/2018	FARMACOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GOMEZ RIVAS PAULA	2016_0853	F	15/02/2018	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2016_0923	F	15/02/2018	ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2016_0934	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2016_0934	F	07/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	BIBIAN GETINO CLARA MARIA	2016_1773	S1	07/02/2018	DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2016_1774	S1	07/02/2018	VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2016_1766	F	23/01/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2016_1767	F	31/01/2018	CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
BA	HOSP	H BARBASTRO INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	F	24/01/2019	PROYECTO POLY-CARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES — POLY-CARE"
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	2016_0874	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS	2016_0874	S2	26/02/2019	MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	2016_1772	S1	15/02/2018	MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	2016_1772	F	26/02/2019	MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA	2016_0176	S1	28/03/2018	PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LAPRESTA MOROS CARLOS	2016_0197	F	21/02/2018	PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0248	F	21/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	VEGA VIDALLE CONCEPCION	2016_1780	S1	15/02/2018	REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	VEGA VIDALLE CONCEPCION	2016_1780	F	28/02/2019	REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO	GARCIA HERVAS AMELIA	2016_1783	S0	25/02/2019	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE

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

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

Número de memorias: 168 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		NEFROLOGIA					IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	GARCIA HERVAS AMELIA	2016_1783	S1	16/02/2018	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2016_0528	S1	01/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2016_0528	S2	13/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	2016_0901	S1	15/02/2018	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2016_0669	F	09/02/2018	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FRANCO SERRANO CARLOS	2016_0671	F	27/01/2018	ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MIGDAN CARMEN MIHAELA	2016_0780	S1	09/02/2018	EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TUDOR MADUTA	2016_0922	F	13/02/2018	TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2016_1782	S1	14/02/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2016_0086	S1	26/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2016_0086	S2	18/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE	2016_0334	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2016_0749	F	12/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2016_0709	S1	20/02/2019	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2016_0709	F	20/02/2018	CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PSQUIATRIA	GARCIA LACOMA MERCEDES	2016_0871	S2	15/03/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	AZANZA PARDO JORGE	2016_0454	F	14/01/2018	ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ	2016_1777	S1	09/02/2018	EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO JOAQUINA	2016_1778	F	12/02/2018	DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2016_1779	S1	12/02/2018	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA
BA	HOSP	H BARBASTRO REUMATOLOGIA	FABREGAS CANALES MARIA DOLORES	2016_0772	F	16/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL
BA	HOSP	H BARBASTRO SUPERVISION DE ENFERMERIA	MUR BARRABES DIANA	2016_0641	S1	30/01/2018	PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ
BA	HOSP	H BARBASTRO SUPERVISION DE ENFERMERIA	MUR BARRABES DIANA	2016_0641	S2	11/03/2019	PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE

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

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

Número de memorias: 168 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ
BA	HOSP	H BARBASTRO TRABAJO SOCIAL	ABAD RUIZ ALODIA	2016_1077	F	30/01/2018	MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	TOA LARDIES ELENA	2016_0193	S1	15/02/2018	GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	TOA LARDIES ELENA	2016_0193	F	18/02/2019	GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	DIAZ MARTINEZ NOEMI	2016_0206	S1	17/02/2018	GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	DIAZ MARTINEZ NOEMI	2016_0206	F	11/03/2019	GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	ANDRES ALIERTA MARTA	2016_0697	S1	15/02/2018	ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	VALLES TORRES ELISA	2016_0966	S1	16/02/2018	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2016_1477	S1	16/02/2018	ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1477	F	18/01/2019	ABORDAJE DEL DOLOR
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1478	F	16/02/2018	MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE	2016_0954	F	22/02/2018	PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA RIVAS CALVETE
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LACOMA MERCEDES
ARA USIETO MARISOL
GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA
PINA BORRUEL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 6 derivaciones (2 proceso depresivo, 3 ansioso, 1 apoyo por familia parental con problemas graves de salud mental)
- 6 informes de derivación
- Reuniones con Enfermería 2
- Sesiones conjuntas 4
- Planteamiento de encuesta telefónica (boceto) para casos que no aceptan un seguimiento posterior en este momento, y tiene Alta en la USMIJ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- ** Se han realizado 6 derivaciones de adolescentes de más de 18 años a la Unidad de Salud Mental de Barbastro
- ** 5 de ellos se continuó seguimiento desde la USMIJ hasta su entrevista.
- ** 5 de ellos fueron acompañados a dicha entrevista por la Enfermera Especialista en salud Mental de la USMIJ, a la acogida.
- ** 4 de ellos fueron derivados con el Informe de su proceso, evolución, etc realizado por las profesionales de la USMIJ en fecha.
- ** 1 de ellos finalmente no quiso continuar en adultos, por entender que su mejoría podría seguir sin necesidad de seguimiento. Aún así se contactó con él vía telefónica, realizado una entrevista de seguimiento (que próximamente realizaremos de forma explícita y con indicadores claros) y otra a los tres meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque la muestra es muy pequeña, la sensación de satisfacción en los usuarios derivados es alta (valorando el acompañamiento, la información recibida por los profesionales de su proceso anterior, acercando el nuevo servicio mucho más a ellos), la adherencia terapéutica es satisfactoria (por ambas partes, algunos de ellos llevando tratamiento desde el principio, no hay abandonos hasta la fecha).

El paciente que no aceptó la continuidad del tratamiento, siguió informando por teléfono cuando fue contactado de su bienestar, agradeciendo dicho seguimiento

Es importante seguir con este plan de mejora, y ampliar con una entrevista telefónica (que se realizará a tal efecto, de forma explícita) para todos aquellos casos que queriendo estar fuera del circuito asistencial consideramos necesario seguir de forma indirecta su proceso, y a la vez respetando su autonomía. El objetivo es intentar no perder al paciente potencial si volviera a recaer, y en los primeros pasos de su recaída poder volver a reiniciar tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

Continúa el Proyecto en 2018

*** ===== Resumen del proyecto 2016/886 ===== ***

Nº de registro: 0886

Título
MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Autores:
RIVAS CALVETE MARTA, GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LOPEZ CORONAS ROSA, SUSIN NAVARRO ANA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, se derivan a los diferentes Servicios de Salud Mental del Sector de Adultos unos 5-8 pacientes por año. Los motivos para la derivación son los siguientes:
Pacientes que inician tratamiento con 17 años en la USMIJ con pocos meses para cumplir 18 años, por ser menores aún no pueden iniciar tratamiento en la Unidad de Salud mental de Adultos, y deben seguir tratamiento ya iniciado.
Pacientes que cumplidos los 18 años, necesitan por su patología continuar en tratamiento o en seguimiento en una Unidad de Adultos
Pacientes que cumplidos los 18 años sin patología mental, deben continuar en la Unidad de Adultos por la especial vulnerabilidad sociofamiliar a nivel preventivo.
Pacientes que tras ser dados de Alta Terapéutica en la USMIJ, tras varios años y ya cumplidos más de 18 años inician tratamiento por el mismo motivo u otro diferente en la Unidad de Salud Mental de Adultos.
Es un realidad que parte de dichos pacientes, se "pierden" en la derivación, aún habiendo concertado cita de derivación. Los motivos pueden ser de diversa índole: dificultades para acceder al Servicio una vez "olvidada" la primera cita, lista de espera, el "miedo" a cambiar de profesionales, pensar que no es necesario, etc.
El hecho es que en 10 años que lleva la USMIJ creada, se podrían haber "perdido" o no haber continuado tratamiento de manera continuada unos 20 a 40 jóvenes que sí necesitaban una continuidad de cuidados de salud mental.
Por ello los Equipos de Salud Mental consideramos necesarios establecer intervenciones que no queden en la mera derivación (cita e informe).

RESULTADOS ESPERADOS

Que al menos un 80% de los pacientes puedan tener una continuidad de cuidados e intervención en Salud Mental de Adultos tras ser dados de Alta Terapéutica o Derivación y sean subsidiarios de continuar tratamiento.
Mejorar la información terapéutica entre los profesionales que van a atender a dichos usuarios
Motivación del paciente y la familia sobre la necesidad de continuar en la Unidad de Adultos con su proceso
Que el paciente y la familia se sientan acompañados y guiados hasta que se establezca la intervención por parte de USM de Adultos.

MÉTODO

Realizar un informe-guía del proceso por el que fue derivado, tipo de demanda real y demanda encubierta, diagnóstico y propuesta de intervención, así como de la adherencia al tratamiento de dicho usuario . Profesionales de psiquiatría y psicología
Realizar entrevistas de motivación por parte Psiquiatría, Psicología y Enfermería sobre la necesidad de continuar el tratamiento, antes de anunciar el Alta en la USMIJ
Búsqueda de cita con Enfermería en Adultos por parte de Enfermería de la USMIJ, programada y en un corto espacio de tiempo entre el Alta de USMIJ e inicio o primer contacto con Adultos
De demorarse la cita con USM de Adultos, seguimiento por parte de Enfermería de la USMIJ del caso y la familia hasta el primer contacto con Adultos.
Realización y envío del Informe a USM de Adultos antes de la cita programada.
Acompañamiento del paciente y la familia por parte de Enfermería de la USMIJ en la acogida con Enfermería de Adultos.

INDICADORES

Registro de pacientes con criterio claro de derivación a USM de Adultos (Enfermería de la USMIJ)
Registro de pacientes derivados por la USMIJ a la USM de Adultos (Enfermería de Adultos)
Correspondencia cita programada y acogida (número de citas y acogidas de dicho resgostros)
Reuniones de seguimiento de casos.
El 95% pacientes derivados de USMIJ deben tener Informe de psiquiatría y psicología de su proceso y enviado a la nueva Unidad de Referencia con 1 mes de antelación de la cita programada.
Entre el 70-90% deberían ser citados antes de terminar el seguimiento en la USMIJ con no más de 1 mes .
El 95% de pacientes derivados deberían haber sido acompañado en la primera cita con Enfermería de Adultos.

DURACIÓN

Noviembre a Junio de 2016:
**Reunión de coordinación Enfermeras Especialistas en Salud Mental, revisión de posibles casos y preparación de Agendas para previsión de cita programada
**Elaboración de Informes Clínicos de Derivación por parte de psiquiatría y psicología
** Cita programada en la USM de Adultos, y citas de entrevistas de motivación y acompañamiento del Equipo de la USMIJ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

*Elaboración de registros de cara a la evaluación

Julio a noviembre de 2016:

** Evaluación y seguimiento de las actuaciones.

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 - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL SIESO SEVIL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro UASA BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CALVO LAURA
GARCIA GILART RAQUEL
HERNANDEZ PARICIO JAZMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se informó a los pacientes de la Unidad durante la consulta individual de enfermería de la existencia de este programa y se incluyeron aquellos usuarios que manifestaron deseo de mejorar las conductas de salud de alimentación y actividad física. Desde la consulta del resto de participantes en el programa de mejora (trabajo social, psicología y psiquiatría) también se les ofertó el programa, especialmente a aquellos que presentaban problemas de obesidad.

A todos los pacientes se les realizó una valoración nutricional y de actividad física para evaluar las necesidades alteradas del Patrón Funcional 2: nutricional / metabólico según Marjory Gordon. Esta valoración incluyó:

- Medidas antropométricas (Peso, talla, IMC, Circunferencia de cintura y Circunferencia de cadera).
- Cuestionarios de frecuencia de consumo semanal y Registros de ingesta durante 24 horas 3 días a la semana (recuerdo de 24 horas).
- Valoración de la actividad física realizada (sedentaria, ligera, activa y muy activa).
- Cálculo de su Tasa de Metabolismo Basal y Gasto Calórico Total.
- Hábitos de alimentación, rechazos y preferencias alimentarias.

Para ello se elaboró un documento de valoración nutricional y de recuerdo de ingesta de 24 horas. En función de esta valoración se elaboró el plan de cuidados para cada paciente mediante la aplicación del Proceso Enfermero como método científico de trabajo de uso en la práctica asistencial. Para ello se utilizaron las taxonomías internacionales de la NANDA (North American Nursing Association) para los diagnósticos enfermeros, la NOC (Nursing Outcomes Classification) para los resultados y NIC (Nursing Interventions Classification) para las intervenciones a realizar. Los cuidados realizados se enmarcan dentro del modelo de enfermería de Virginia Henderson, que es el implantado en nuestra Comunidad Autónoma.

En todos los pacientes detectamos uno de estos dos diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA:

- 00002 Sobrepeso
- 00232 Obesidad (en distintos grados).

Como resultados nos planteamos los siguientes:

- NOC 1802 Conocimiento: dieta, que se define como el grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada. Para su evaluación elegimos los siguientes indicadores específicos:
 - o 180201 Dieta recomendada
 - o 180203 Ventajas de la dieta recomendada
 - o 180204 Objetivos de la dieta
 - o 0211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta

Dichos indicadores se midieron con la escala Likert propuesta por la NOC:

Conocimiento: Ninguno (1); Escaso (2); Moderado (3); Sustancial (4); Extenso (5).

- NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, que se define como el grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el género y la edad. Para su evaluación se eligieron los siguientes indicadores:
 - o 184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso
 - o 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo
 - o 184117 Estrategias para modificar la conducta

Dichos indicadores se midieron con la escala Likert propuesta por la NOC:

Conocimiento: Ninguno (1); Escaso (2); Moderado (3); Sustancial (4); Extenso (5).

- NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, definido como convicciones personales de que una persona puede cambiar una determinada conducta de salud. Para su evaluación elegimos este indicador:
 - o 170118 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud

Este indicador se midió con la escala Likert propuesta por la NOC:

Muy débil (1); Débil (2); Moderado (3); Intenso (4); Muy intenso (5).

Para alcanzar los resultados propuestos NOC 1802 Conocimiento: dieta y NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso se realizaron las siguientes intervenciones:

NIC 5414 Enseñanza: dieta prescrita, definida como la preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita. Para ello seleccionamos las siguientes actividades:

- o Explicar el propósito de la dieta.
- o Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas a la dieta prescrita.
- o Enseñar al paciente a leer etiquetas y seleccionar alimentos adecuados.
- o Proporcionar un plan de comidas escrito e individualizado adaptado a sus gustos y necesidades nutricionales, de forma semanal.
- o Enseñar al paciente a planificar comidas adecuadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- o Incluir a la familia según el caso.
- NIC 4360 Modificación de la conducta, definida como la promoción de un cambio de conducta. Las actividades que se realizaron fueron:
 - o Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos concretos.
 - o Desglosar la conducta a cambiar en unidades de conducta más pequeñas, mensurables.
 - o Ayudar al paciente a identificar los más pequeños logros alcanzados.
 - o Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación de conducta.
 - o Realizar un seguimiento de refuerzo durante varios meses.
- NIC 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos, definido como ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales. Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:
 - o Enseñar al paciente a "detenerse y pensar" antes de comportarse impulsivamente.
 - o Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/ beneficios.
 - o Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
 - o Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados exitosos.

Para alcanzar el resultado NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, valoramos realizar las siguientes intervenciones:

- NIC 5270 Apoyo emocional, definida como proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos d tensión. Para su desarrollo realizamos las siguientes actividades:
 - o Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
 - o Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- NIC 4420 Acuerdo con el paciente, que consiste en el negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico, realizando las siguientes actividades:
 - o Ayudar a identificar las prácticas de salud que desea cambiar.
 - o Ayudar a que identifique sus habilidades.
- NIC 5246 Asesoramiento nutricional, definida como la utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta. Las actividades seleccionadas fueron:
 - o Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - o Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
 - o Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
 - o Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional.
 - o Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
 - o Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valora la conveniencia de la ingesta dietética.
 - o Discutir el significado de la comida con el paciente.
 - o Discutir hábitos de compra de comida.
- NIC 1280 Ayuda para disminuir de peso, que consiste en facilitar la pérdida de peso corporal y/o la grasa corporal. Las actividades que seleccionamos fueron las siguientes:
 - o Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
 - o Establecer una meta de pérdida de peso deseada.
 - o Pesar al paciente semanalmente el primer mes del programa, quincenalmente durante los dos meses siguientes y de forma mensual a partir de los tres meses de seguimiento.
 - o Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto energético.
 - o Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad.
 - o Desarrollar un plan de comidas semanal con una dieta equilibrada.
- NIC 0200 Fomento del ejercicio, definida como: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud. Las actividades seleccionadas fueron:
 - o Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
 - o Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
 - o Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
 - o Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios.
 - o Ayudar al paciente a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
 - o Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.
 - o Animar al paciente a empezar o continuar con el ejercicio.
 - o Ayudar a integrar el programa de ejercicio en su rutina diaria.
 - o Controlar el cumplimiento del programa de ejercicios por parte del paciente.
 - o Incluir a la familia/ amigos del paciente en la planificación y el mantenimiento del programa de ejercicios.

Se realizaron sesiones de seguimiento individualizado, de forma semanal el primer mes, quincenal los dos siguientes meses y mensual a partir de los tres meses de seguimiento, con un mínimo de 10 sesiones de seguimiento por paciente. Este patrón se ajustaba a las necesidades y evolución de cada paciente. En cada consulta de seguimiento se valoraban los indicadores antropométricos de peso, talla, circunferencia de cadera y cintura e índice cintura-cadera, y se realizaba educación nutricional y abordaje motivacional del cambio de hábitos de alimentación y actividad física. Se adaptó un menú diario que se entregaba de forma semanal durante el primer mes que se ajustaba a las necesidades nutricionales del paciente. Así mismo, se valoró la actividad física más acorde al estado de salud del paciente que podía realizar. Este programa se comenzó a realizar en noviembre de 2016 y se continuó realizando hasta noviembre de 2017, cuando se realizó la evaluación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como resultados alcanzados por un lado tenemos la creación del Programa de Educación Nutricional y Promoción de la Actividad Física en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Sector Sanitario de Barbastro, que antes no se realizaba como tal, aunque sí se realizaban intervenciones sobre promoción de hábitos de vida saludables por parte de los profesionales de la Unidad. Valoramos el seguimiento del programa por parte de los usuarios de la Unidad que se adscribieron al mismo. Para ello utilizamos como indicador de conducta de cumplimiento del programa el nº de personas que acudieron al 70% de las citas del programa/ total de personas incluidas en el programa y multiplicado por 100. Hubo un total de 16 pacientes incluidos en este programa, de los cuales 3 abandonaron el seguimiento entre la tercera y quinta sesión, por lo que no alcanzaron el 70% de las citas del programa (un mínimo de 7 sesiones sobre 10). El resto de los pacientes cumplieron con un mínimo de 7 sobre 10 sesiones realizadas.

Algunos de ellos continuaron recibiendo seguimiento tras esas 10 sesiones, de forma mensual (un 18,75% de los pacientes). Los pacientes se incorporaron al programa en su mayor parte entre los meses de noviembre de 2016 y enero de 2017, aunque hubo incorporaciones a este programa hasta el mes de abril de 2017.

Como estándar nos habíamos marcado que como mínimo el 50% de los pacientes incluidos en el programa asistieran al 70% de las sesiones marcadas (7 de las 10 sesiones), encontrando que 13 de los 16 pacientes cumplieron con el seguimiento del programa en 7 o más sesiones, lo que hace un porcentaje del 81,25%.

Otro de los resultados obtenidos tras la implementación del programa fue que la mayoría de los pacientes que completaron el programa aumentaron el conocimiento de la dieta prescrita, llegando a alcanzar un conocimiento sustancial o extenso en todos los indicadores seleccionados de dicho NOC. Para ello se valoraron según la escala Likert seleccionada los conocimientos de los pacientes al inicio y al final del programa en cada indicador. El indicador que utilizamos fue el número de usuarios que completaron el programa que alcanzaron un conocimiento sustancial en los distintos indicadores del NOC 1802 Conocimiento: dieta respecto al total de usuarios que completaron el programa y multiplicado por 100. Como estándar nos habíamos planteado que el 70% de los usuarios alcanzaran un conocimiento sustancial de la dieta, lográndose dicho resultado.

RESULTADOS NOC 1802 CONOCIMIENTO: DIETA

- 180201 Dieta recomendada: un 92,3% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de la dieta recomendada.

- 180203 Ventajas de la dieta recomendada: un 92,3% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de las ventajas de la dieta recomendada.

- 180204 Objetivos de la dieta: un 76,93% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de las ventajas de la dieta recomendada.

- 0211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta: un 76,93% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial sobre la planificación de menús utilizando las directrices de la dieta.

También observamos que la mayoría de los pacientes que completaron el programa aumentaron el conocimiento sobre el manejo del peso, llegando a alcanzar un conocimiento sustancial o extenso en todos los indicadores seleccionados en este NOC. La evaluación de dicho conocimiento se realizó según la escala Likert recomendada para evaluar dicho NOC. Se valoraron los conocimientos de los pacientes al inicio y al final del programa en cada indicador. El indicador que utilizamos fue el número de usuarios que completaron el programa que alcanzaron un conocimiento sustancial en los distintos indicadores del NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, respecto al total de usuarios que completaron el programa y multiplicado por 100. Como estándar nos habíamos planteado que el 70% de los usuarios alcanzaran un conocimiento sustancial de la dieta, lográndose dicho resultado.

RESULTADOS NOC 1841 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO

-184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso: : un 76,91% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de la relación entre dieta, ejercicio y peso.

- 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer un peso óptimo: El 69,24% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de los cambios de estilo de vida para favorecer un peso óptimo.

- 184117 Estrategias para modificar la conducta: el 84,62% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de estrategias para modificar la conducta.

Por último, observamos que la mayoría de los pacientes que completaron el programa mejoraron en la evaluación del NOC Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, aunque no del mismo modo que en los resultados anteriores. La valoración de este NOC se realizó según la escala Likert recomendada, y se evaluó el indicador "Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud" al inicio y al final del programa. El indicador que utilizamos fue el número de usuarios que completaron el programa que alcanzaron una confianza intensa respecto al total de usuarios que completaron el programa y multiplicado por 100. Como estándar nos habíamos planteado que el 70% de los usuarios alcanzarían una confianza intensa en su capacidad para llevar a cabo una conducta de salud, no alcanzándose dicho resultado, ya que fueron un 61,55% de los pacientes los que alcanzaron una confianza intensa para llevar a cabo una conducta de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que las actividades realizadas han sido en general suficientes para alcanzar los objetivos de nuestro Proyecto de Calidad. Sin embargo, nos gustaría incidir en aspectos que se podrían mejorar o desarrollar de otro modo en posteriores ediciones:

-Por un lado, resaltar que hace falta mejorar las actividades para aumentar la autoconfianza de los pacientes en su capacidad para cambiar una conducta de salud. Observamos mucha resistencia a creer que eran capaces de cambiar de conducta, y probablemente deberíamos haber incidido en un mayor abordaje motivacional.

- Por otro, aunque consideramos que el propósito del proyecto está alcanzado, que era realizar educación nutricional en el colectivo de usuarios de una Unidad de adicciones, creemos que esta actividad trajo consigo otro resultado que fue la disminución de peso en la mayor parte de estos pacientes. Y aunque no se propuso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

como un resultado a conseguir en esta primera edición, sería interesante medirlo para posteriores ediciones si se volviera a realizar.

Creemos que es un proyecto sencillo de poner en marcha y muy rentable económicamente, ya que puede mejorar la salud y la calidad de vida de población más vulnerable, como lo son las personas con problemas adictivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/800 ===== ***

Nº de registro: 0800

Título
DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
SIESO SEVIL ANA ISABEL, GARCIA CALVO LAURA, GARCIA GILART RAQUEL, HERNANDEZ PARICIO JAZMINA

Centro de Trabajo del Coordinador: UASA BARBASTRO

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

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

PROBLEMA
La población con problemas adictivos se encuentra en alto riesgo por su estilo de vida. La drogodependencia predispone no sólo a desórdenes nutricionales relacionados con una ingesta deficiente de alimentos, sino también a aquellos desórdenes relacionados con el abuso de alimentos. Además no es infrecuente la presencia de patologías orgánicas, como el VIH o las hepatitis, que conducen a un empeoramiento de su estado nutricional. Los déficits nutricionales son debidos tanto a un estilo de vida desordenado y a una falta de interés por la alimentación como a problemas específicos derivados del consumo.

La educación nutricional tiene objetivos más amplios que la información aunque ésta sea una parte esencial de la misma pues permite asentar las actitudes correctas y los comportamientos deseables sobre la base del conocimiento. Uno de nuestros objetivos con los usuarios de la U.A.S.A. es favorecer la toma de conciencia de que la alimentación saludable es un valioso medio para prevenir la enfermedad y promover su salud, integrándola en el contexto de su realidad cotidiana. Es importante resaltar que no se concibe la planificación de un programa de educación nutricional sin incluir el estímulo de la vida activa y el ejercicio físico, que forman parte de un estilo de vida saludable.

Por todo ello consideramos que el incidir en la educación nutricional y promoción de la actividad física favorecerá la adopción de un estilo de vida más saludable de nuestros usuarios, lo que redundará en su recuperación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar el número de usuarios de la UASA que modifiquen conductas inadecuadas en relación a la alimentación, actividad física y manejo del peso.
- Aumentar la capacidad percibida para modificar conductas no saludables de nuestros usuarios.
- Mejorar la capacidad de autocuidado de nuestros usuarios.

MÉTODO
1. Creación del Programa de Educación Nutricional y promoción de la actividad física para usuarios de la U.A.S.A. del sector de Barbastro. Este programa se realizará de forma individualizada y consistirá en:
- realización de una valoración nutricional y de actividad física de los usuarios, que incluya medidas antropométricas (Peso, talla, IMC, Circunferencia de cintura y Circunferencia de cadera, Cuestionarios de frecuencia de consumo y Registros de ingesta, Tasa de Metabolismo Basal y Gasto Calórico Total).
- elaboración del plan de cuidados en función del diagnóstico de enfermería detectado según las alteraciones detectadas en el Patrón funcional de salud 2: Nutricional / Metabólico de Marjory Gordon.
- realización de un tratamiento nutricional individualizado, con una dieta y una pauta de actividad física ajustada a las necesidades del usuario en función de la valoración nutricional.
- Sesiones de seguimiento individualizado, donde se valoren indicadores antropométricos, y se realizará

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- educación nutricional y abordaje motivacional del cambio de hábitos de alimentación y actividad física.
- Serán incluidos todos aquellos usuarios que deseen mejorar las conductas de salud de alimentación y actividad física.
 - Podrán ser derivados por cualquier miembro del equipo terapéutico de la U.A.S.A. (trabajadora social, psicóloga, enfermera o psiquiatra).

INDICADORES

- Creación del Programa de Educación Nutricional y Promoción de la Actividad Física en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Sector Sanitario de Barbastro.
- Indicador de conducta de cumplimiento del programa: n° de personas que acuden al 70% de las citas del programa/ total de personas incluidas en el programa
- Conocimiento sustancial de la dieta prescrita por el 70% de los usuarios, evaluado a través del NOC 1802 Conocimiento: dieta, con los siguientes indicadores específicos:
 - 180201 Dieta recomendada
 - 180203 Ventajas de la dieta recomendada
 - 180204 Objetivos de la dieta
 - 180211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta
- Conocimiento sustancial de la forma más adecuada del manejo del peso por el 70% de los usuarios, a través del NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, con los siguientes indicadores específicos:
 - 184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso
 - 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo
 - 184117 Estrategias para modificar la conducta
- Mejora de la capacidad percibida para modificar las conductas no saludables por parte de los usuarios, a través del NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, con el siguiente indicador específico:
 - 170118 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud

DURACIÓN

Inicio del programa en noviembre de 2016.
Evaluación en mayo de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	: 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 - 2016/1086

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GONZALEZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro USM BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ CORONAS ROSA
SUSIN NAVARRO ANA
SIESO SEVIL ANA ISABEL
MOLES ARCOS BARBARA
VAL CLAU MARIA JOSE
KAWAMURA MURILLO EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- Realización de un registro o censo de los pacientes con trastorno mental grave en tratamiento con antipsicótico inyectable de larga duración derivados por su psiquiatra de referencia para control.
- Administración del antipsicótico inyectable de elección según características clínicas concretas del paciente.
- Realizar consulta con abordaje psicoeducativo integral del paciente: social, comorbilidad física, perfil metabólico con analíticas necesarias, estilo de vida con hábitos de vida saludables, medidas higienico-dietéticas, adherencia, apoyo familiar
- Llamada telefónica a los pacientes que no acuden a la cita prevista para la administración del inyectable. (recuerdo telefónico)
- Valoración por psiquiatra preferentemente de pacientes con síntomas de empeoramiento, efectos adversos por el tratamiento y que no aceptan ni acuden al tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El paciente acude a la cita prevista para administración de su tratamiento inyectable, se ha disminuido el incumplimiento al mejorar la adherencia (recuerdo de cita por teléfono si es preciso), que se valorará en un futuro.
Se ha objetivado que hay pacientes con mala adherencia al tratamiento, se trabaja de manera personalizada con cada uno.
Se detecta de manera precoz síntomas de empeoramiento o efectos adversos del tratamiento con una intervención preferente por psiquiatra de referencia, disminuyendo así el abandono del mismo por esta causa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante porque la adherencia al tratamiento evita empeoramientos, visitas al servicio de urgencias e ingresos.
Todo este proyecto nos ha servido para mejorar en la atención a este tipo de pacientes, así como una mejora de la coordinación entre el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1086 ===== ***

Nº de registro: 1086

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LOPEZ CORONAS ROSA, SUSIN NAVARRO ANA, SIESO SEVIL ANA ISABEL, MOLES ARCOS BARBARA, VAL CLAU MARIA JOSE, KAWAMURA MURILLO EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: USM BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno Mental Grave

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1086

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Los inyectables de larga duración permiten controlar los síntomas de la enfermedad mental grave con eficacia. Precisan una administración espaciada en el tiempo (quincenal, mensual, o trimestral), facilitando el seguimiento y la adherencia terapéutica de los pacientes. Disminuyen las recaídas y las hospitalizaciones psiquiátricas, así como las demandas a los servicios de urgencias. Se reduce la posibilidad de presentar efectos adversos por toma de medicación inadecuada (automedicación, equivocaciones en dosis, tomas u horarios etc). Observamos que algunos pacientes no acuden con la regularidad prescrita a la administración de su inyectable. El profesional de enfermería es clave tanto para la administración del tratamiento inyectable correspondiente, como por la labor psicoeducativa y el abordaje integral en estos pacientes que habitualmente presentan un alto riesgo de enfermedades metabólicas. Fomenta la relación terapéutica, estableciendo un vínculo más frecuente y potencia la adherencia adecuada al tratamiento. Así como la detección de síntomas sugestivos de empeoramiento o de efectos adversos relacionados con el tratamiento, notificándolo al psiquiatra y de esta forma interviniendo de manera preferente.

RESULTADOS ESPERADOS

Que el paciente acuda a la cita prevista para administración de su tratamiento inyectable, disminuir el incumplimiento al mejorar la adherencia (recuerdo de cita por teléfono si es preciso). Detección precoz de síntomas de empeoramiento o efectos adversos del tratamiento con intervención preferente por psiquiatra de referencia, disminuyendo el abandono del mismo por esta causa.

MÉTODO

- Realización de un registro o censo de los pacientes con trastorno mental grave en tratamiento con antipsicótico inyectable de larga duración derivados por su psiquiatra de referencia para control.
- Administración del antipsicótico inyectable de elección según características clínicas concretas del paciente.
- Realizar consulta con abordaje psicoeducativo integral del paciente: social, comorbilidad física, perfil metabólico con analíticas necesarias, estilo de vida con hábitos de vida saludables, medidas higiénico-dietéticas, adherencia, apoyo familiar
- Llamada telefónica a los pacientes que no acuden a la cita prevista para la administración del inyectable. (recuerdo telefónico)
- Valoración por psiquiatra preferentemente de pacientes con síntomas de empeoramiento, efectos adversos por el tratamiento y que no aceptan ni acuden al tratamiento

INDICADORES

- Número de pacientes que estaban ya con antipsicóticos de larga duración.
- Número de pacientes derivados por psiquiatra de referencia para inicio de tratamiento inyectable con antipsicóticos de larga duración.
- Número de pacientes que acuden a ponerse el tratamiento con regularidad.
- Número de pacientes que no acuden a ponerse el tratamiento y es necesario llamar por teléfono
- Número de pacientes que abandona el tratamiento y registro de motivos.
- Número de pacientes que precisa hospitalización psiquiátrica o visitas en los servicios de urgencias.

DURACIÓN

La duración será de enero de 2017 a junio de 2017.

Cronograma:

El censo de pacientes en tratamiento ya instaurado se realizara en los dos primeros meses del estudio

Los pacientes de nueva instauración se incluirán en la primera cita de administración del tratamiento.

Los pacientes que no acuden y se les llama se incluirán en la misma cita en que se produzca la ausencia y llamada.

Los pacientes con empeoramiento, efectos adversos, negativas y ausencias al tratamiento se citaran preferentemente con psiquiatría.

Se registrarán las hospitalizaciones psiquiátricas o visitas a los servicios de urgencias durante este período.

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 - 2016/1086

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

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 - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES GARCIA LACOMA
• Profesión PSICOLOGO/A
• Centro USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARA USIETO MARISOL
MOLES ARCOS BARBARA
RIVAS CALVETE MARTA
PINA BORRUEL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• En mayo-septiembre.- 4 reuniones del Equipo de Mejora donde cada profesional exponía al grupo un resumen de los aspectos más importantes y de relevancia clínica y de coordinación (en función de la bibliografía asignada), habiéndose trabajado documentos tanto de tipo legal como clínico sobre diagnóstico, tratamiento de dichos trastornos (en adolescentes son pocos los documentos bibliográficos disponibles, ya que hasta el DSM-5 no se consideraba la disforia de género que no incluyera dicha disforia desde la infancia, de forma explícita).
• En diciembre.- Reunión con la profesional Carmen San Isidro, Psicóloga Clínica de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza que de forma personal ha atendido a muchos de estos pacientes. En Aragón, no existe Unidades de Trastorno de Identidad de Género (U.T.I.Cs), son los propios profesionales de las Unidades de salud Mental quienes van adquiriendo experiencia y formación de forma totalmente personal. Existe coordinación con otros profesionales sanitarios, endocrinos, cirujanos de forma autónoma.

En enero-febrero.-

Reuniones con profesionales pediatras y algún médico de primaria, de forma informal. No era un tema recurrente en su que hacer diario y los enviaban a las USMIJs del Sector, como referentes. Quejas de poca formación al respecto y dificultades para abordar el tema con las familias (por las connotaciones emocionales y sociales que suponía un diagnóstico de este tipo). Apoyaban las actuaciones desde la USMIJ.

Contacto con Orientador de un Centro en concreto de Primaria, (el resto de pacientes no nos dio permiso en esas fechas para hablar con el Orientador) al que asiste uno de nuestros pacientes, explorando sobre la información que tenía el Equipo de Orientación, el Equipo Directivo. Se constata que es un tema "que les queda muy grande", ya no sólo por la dificultad y la problemática que puede derivar con el resto de alumnos si no sobre todo como explicar a los padres del resto de los niños de una forma normalizada los cambios físicos o de apariencia de uno de sus compañeros.

No eran conocedores de las Indicaciones recientes desde el Gobierno de Aragón, en Educación, respecto a cómo tratar en las aulas a dichos niños (puedan ir a los baños del género al que se adscriban, cambiarse en vestuarios de dicho género, etc..). Cierta miedo en cuanto a estos cambios, y piden apoyo casi total a cualquier actuación desde nuestro Servicio.

De mayo a octubre las actuaciones con los familiares y pacientes con dicho diagnóstico ha sido muy dispar, en función de las características familiares, la condición de la relación de los padres, y el tiempo para asumir lo que hasta ahora era tener un hijo con un determinado sexo y pasar a tener el mismo hijo con otro sexo (miedo al futuro, a su adaptación, a si es definitivo el diagnóstico, etc.). Los 4 casos siguen en tratamiento y apoyo para el cambio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque inicialmente este Plan pretendía realizar un Protocolo de colaboración con diferentes profesionales y familiares implicados, la realidad nos ha dado idea de la falta de información, formación, sensación de soledad, y miedos de afrontar una realidad que va más allá del propio paciente (sobre todo a nivel escolar). Aunque la intervención desde el punto de vista clínico y de acompañamiento desde el Servicio se ha ido realizado, con parones y avances en función de la realidad y el sentimiento del caso, a nivel interprofesional hemos entendido la dificultad de coordinar y protocolizar un tema en el que falta información, formación y referencias. Se sigue echando de menos el surgimiento en nuestra Comunidad Autónoma de al menos una U.T.I.C de referencia ya que son muchos los padres quienes piden una segunda opinión ante este tipo de diagnósticos sobre todo en infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por ello seguiremos con este Plan de Mejora, intentando aunar esfuerzos una vez sensibilizados los agentes implicados y teniendo un estudio de la realidad, para aunque de forma sucinta poder abordar el inicio de un protocolo de actuación (con las dificultades que conlleva que puedan llevarse a cabo todos los pasos, por la idiosincrasia del trastorno y porque socialmente es difícil para muchos de entender y participar de forma clara en la dirección de apoyar un cambio de actitudes que facilite la integración, y evite el estigma.

7. OBSERVACIONES.

Seguimos con el Plan en 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/871 ===== ***

Nº de registro: 0871

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, RIVAS CALVETE MARTA, LALAGUNA MALLADA PAULA, MOLES ARCOS BARBARA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disforia de Género
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora en las diferentes fases de intervención de los pacientes con Disforia de Género y sus familias

PROBLEMA

En este último año han sido remitidos a la USMIJ, dos niñas y un niño menores de 10 años, así como un adolescente varón con problemas de identidad sexual. Tras 10 años de trayectoria de la Unidad, tan sólo se había remitido un adolescente de 17 años, que ya vivía y vestía con forme a su identidad psicológica, donde la demanda era el tratamiento hormonal. Esta nueva situación ha supuesto para el Equipo un gran reto.

La manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género supone tanto a nivel familiar como escolar, una consternación, una situación de especial vulnerabilidad que puede llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social así como desembocar en abandono o fracaso escolar, además de sufrimiento añadido del menor y la familia.

Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia.

Por todo ello es necesario abordar estas situaciones proporcionando información y formación a la comunidad educativa y favoreciendo el aprendizaje y la práctica de valores basados en el respeto a las diferencias y en la tolerancia a la diversidad sexual.

Puesto en que en nuestro Sector no existía experiencia previa sobre el tema y a nivel de la Comunidad Autónoma todavía se están definiendo las líneas de actuación respecto a los menores con esta problemática, nos planteamos planificar el modelo de asistencia integral y coordinada entre todos los profesionales implicados. En definitiva, nos encontramos sin protocolos de actuación propios tanto a nivel sanitario como a nivel educativo en Aragón, y con unos menores y familias y profesorado que demandan unos planes de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Información clara del algoritmo asistencial de pacientes menores y adolescentes con disforia de género en Aragón. Antecedentes y situación actual
- Establecer actuaciones coordinadas entre los profesionales implicados tanto a nivel clínico (pediatras, endocrinólogos), como psicológico (USMIJ), como educativo (centros educativos) para poder dar una respuesta integral a los pacientes garantizando el diagnóstico, acompañamiento y seguimiento.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de la literatura científica, así como a protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)
- Reunión con los profesionales que atienden la Disforia de Género en Aragón, con el objeto de esclarecer cuál es la realidad clínica en nuestra Comunidad a este respecto, si existen profesionales de referencia suscritos por el Salud a quienes se puedan remitir para confirmación de diagnóstico, etc.
- Reunión y Formación con el Grupo de Trabajo de Pediatría Endocrinológica Hospitalaria
- Contactar con Asociaciones de usuarios de disforia de género
- Reuniones de trabajo con Pediatras y Médicos de atención Primaria.
- Reuniones de Trabajo con los Orientadores y Equipo Directivo de los diferentes centros escolares de los menores
- Establecer líneas claras de actuación a nivel escolar (ayuden al menor en la integración de los centros, información a profesores, información a padres ...) a través de Charlas de sensibilización.
- Establecer líneas estratégicas de actuación en la USMIJ a nivel clínico.

Los responsables de realizar las actividades serían los componentes del equipo del Plan de Mejora de Calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

INDICADORES

- Reuniones realizadas con los diferentes profesionales de Salud y de Educación
- Reuniones realizadas con Asociaciones de usuarios
- Visitas clínicas a alguna unidad específica.
- Cursos de Formación para el equipo de trabajo de este proyecto.
- Documento de consenso entre los profesionales (previas consultas con las Direcciones respectivas)
- Actuaciones clínicas y educativas con los usuarios y familias (Intervenciones clínicas, formación y sensibilización a través de charlas por los diferentes centros educativos a familias y profesionales)

DURACIÓN

- mayo -septiembre (búsqueda bibliográfica, contactos con diferentes profesionales sanitarios)
- octubre-diciembre (reuniones con los diferentes profesionales sanitarios implicados y que están trabajando en disforia de género; primeras reuniones con Asociaciones de afectados y educadores; remisión para confirmación de diagnóstico al profesional dereferencia.
- enero -mayo (implementación de las actuaciones mínimas que faciliten la integración y respeto a su identidad de los niños atendidos por esta problemática). Primer documento de consenso.
- junio (borrador del documento de consenso conjunto entre profesionales sanitarios y de la educación del Sector)
- octubre (revisión del borrador, incidencias etc)

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 - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARTA RIVAS CALVETE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LACOMA MERCEDES

ARA USIETO MARISOL

MOLES ARCOS BARBARA

DEL PINO CARO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el año 2018, tan sólo se han derivado dos casos a Salud Mental de Adultos para continuar tratamiento tras tener más de 18 años. El resto de pacientes candidatos a Alta terapéutica eran menores y habían concluido su proceso terapéutico en la USMIJ. Las actividades realizadas y características diagnósticas con dichos pacientes fueron:

Ambas derivaciones eran pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual y problemas de comportamiento necesaria para continuar en seguimiento y/o tratamiento.

Sus respectivos informes de derivación a salud mental de adultos (se realizan 2 Informes clínicos)

2 coordinaciones de enfermería de Salud Mental de Adultos e Infantil.

Al igual que años anteriores, se han mantenido entrevista de motivación al Alta para continuar el proceso en el dispositivo de Adultos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS

_Se realizaron las 2 derivaciones a la unidad de Salud Mental de Adultos

_En 1 de los casos se realizó acompañamiento físico en la primera consulta y en el otro la familia expresó su deseo de acudir por sus medios ya que ambos padres eran a su vez pacientes de dicha unidad de salud mental de adultos.

_ Se realizaron llamadas telefónicas de control para confirmar su asistencia a las consultas de adultos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Ambas familias agradecieron la posibilidad de orientación y acompañamiento en el proceso de cambio que supone el paso de la unidad infantojuvenil a la de adultos.

Por lo tanto vemos cumplido nuestro objetivo de asegurar la continuidad y seguimiento de dichos pacientes, y en concreto en ambos casos ya que su discapacidad intelectual genera múltiples problemas en el día a día tanto del paciente como de la familia .

El equipo de trabajo de este Plan da por finalizado el mismo incorporándolo de manera sistemática a nuestra cartera de servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/886 ===== ***

Nº de registro: 0886

Título
MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Autores:
RIVAS CALVETE MARTA, GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LOPEZ CORONAS ROSA, SUSIN NAVARRO ANA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, se derivan a los diferentes Servicios de Salud Mental del Sector de Adultos unos 5-8 pacientes por año. Los motivos para la derivación son los siguientes:
Pacientes que inician tratamiento con 17 años en la USMIJ con pocos meses para cumplir 18 años, por ser menores aún no pueden iniciar tratamiento en la Unidad de Salud mental de Adultos, y deben seguir tratamiento ya iniciado.
Pacientes que cumplidos los 18 años, necesitan por su patología continuar en tratamiento o en seguimiento en una Unidad de Adultos
Pacientes que cumplidos los 18 años sin patología mental, deben continuar en la Unidad de Adultos por la especial vulnerabilidad sociofamiliar a nivel preventivo.
Pacientes que tras ser dados de Alta Terapéutica en la USMIJ, tras varios años y ya cumplidos más de 18 años inician tratamiento por el mismo motivo u otro diferente en la Unidad de Salud Mental de Adultos.
Es un realidad que parte de dichos pacientes, se "pierden" en la derivación, aún habiendo concertado cita de derivación. Los motivos pueden ser de diversa índole: dificultades para acceder al Servicio una vez "olvidada" la primera cita, lista de espera, el "miedo" a cambiar de profesionales, pensar que no es necesario, etc.
El hecho es que en 10 años que lleva la USMIJ creada, se podrían haber "perdido" o no haber continuado tratamiento de manera continuada unos 20 a 40 jóvenes que sí necesitaban una continuidad de cuidados de salud mental.
Por ello los Equipos de Salud Mental consideramos necesarios establecer intervenciones que no queden en la mera derivación (cita e informe).

RESULTADOS ESPERADOS

Que al menos un 80% de los pacientes puedan tener una continuidad de cuidados e intervención en Salud Mental de Adultos tras ser dados de Alta Terapéutica o Derivación y sean subsidiarios de continuar tratamiento.
Mejorar la información terapéutica entre los profesionales que van a atender a dichos usuarios
Motivación del paciente y la familia sobre la necesidad de continuar en la Unidad de Adultos con su proceso
Que el paciente y la familia se sientan acompañados y guiados hasta que se establezca la intervención por parte de USM de Adultos.

MÉTODO

Realizar un informe-guía del proceso por el que fue derivado, tipo de demanda real y demanda encubierta, diagnóstico y propuesta de intervención, así como de la adherencia al tratamiento de dicho usuario . Profesionales de psiquiatría y psicología
Realizar entrevistas de motivación por parte Psiquiatría, Psicología y Enfermería sobre la necesidad de continuar el tratamiento, antes de anunciar el Alta en la USMIJ
Búsqueda de cita con Enfermería en Adultos por parte de Enfermería de la USMIJ, programada y en un corto espacio de tiempo entre el Alta de USMIJ e inicio o primer contacto con Adultos
De demorarse la cita con USM de Adultos, seguimiento por parte de Enfermería de la USMIJ del caso y la familia hasta el primer contacto con Adultos.
Realización y envío del Informe a USM de Adultos antes de la cita programada.
Acompañamiento del paciente y la familia por parte de Enfermería de la USMIJ en la acogida con Enfermería de Adultos.

INDICADORES

Registro de pacientes con criterio claro de derivación a USM de Adultos (Enfermería de la USMIJ)
Registro de pacientes derivados por la USMIJ a la USM de Adultos (Enfermería de Adultos)
Correspondencia cita programada y acogida (número de citas y acogidas de dicho resgostros)
Reuniones de seguimiento de casos.
El 95% pacientes derivados de USMIJ deben tener Informe de psiquiatría y psicología de su proceso y enviado a la nueva Unidad de Referencia con 1 mes de antelación de la cita programada.
Entre el 70-90% deberían ser citados antes de terminar el seguimiento en la USMIJ con no más de 1 mes .
El 95% de pacientes derivados deberían haber sido acompañado en la primera cita con Enfermería de Adultos.

DURACIÓN

Noviembre a Junio de 2016:
**Reunión de coordinación Enfermeras Especialistas en Salud Mental, revisión de posibles casos y preparación de Agendas para previsión de cita programada
**Elaboración de Informes Clínicos de Derivación por parte de psiquiatría y psicología
** Cita programada en la USM de Adultos, y citas de entrevistas de motivación y acompañamiento del Equipo de la USMIJ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

*Elaboración de registros de cara a la evaluación
Julio a noviembre de 2016:

** Evaluación y seguimiento de las actuaciones.

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 - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL ANGELA LOPE DALMAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CME MONZON
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION ESPECIALIZADA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRUNO CASADO LIDIA
CORTINA LACAMBRA RAQUEL
ESCOLANO EZQUERRA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el mes de julio de este año, nos hemos reunido, en varias ocasiones, el equipo de trabajo integrado por profesionales de Médicos (titulares y de atención continuada) y Enfermería (titulares y de atención continuada) pertenecientes a los centros de salud de Monzón Rural y Monzón Urbano, El trabajo desarrollado hasta el momento ha sido la valoración del registro de pacientes (registro del episodio, existencia de listados por episodio, ver como se puede controlar las altas de estos pacientes en fines de semana o festivos, valorar los fallos de la comunicación entre profesionales, crear una hoja de continuidad asistencial para el domicilio e intentar si puede ser incluida en OMI, nombrar un profesional que realice las funciones de enlace entre los miembros de atención de los equipos de cabecera y los miembros de atención continuada, valoración de la utilización de farmacología y vías de administración en estos pacientes, valoración de los cuidados no farmacológicos en estos pacientes y familias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras las anteriores revisiones, hemos constatado que:

- Hay pacientes que no están bien registrados en este episodio.
- No hay un listado único de pacientes terminales, sino que es común para pacientes dependientes- inmobilizados - terminales y está claro que no siempre coinciden los tres términos en la misma persona
- No sabemos como podemos obtener la información de los pacientes que terminales que puedan ser dados de alta en fines de semana o festivos
- Falta de comunicación entre los profesionales de los equipos
- Se ha creado una hoja de registro de seguimiento y evaluación domiciliaria del paciente
- Se están preparando las sesiones, para explicar el proyecto a los miembros de los equipos y objetivos del mismo, que incluyen el recordatorio de farmacología y vías de administración en AP, así como cuidados no farmacológicos (para el paciente y su familia) que podrían incluir a otros profesionales como Fisioterapeutas, Psicólogos y Trabajadores Sociales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implicación por los miembros del equipo con respecto al proyecto está siendo muy positiva, teniendo en cuenta que se realiza fuera de nuestro horario laboral, al ser difícil el poder coincidir en un mismo horario puesto que lo formamos profesionales, con distintas jornadas laborales y de dos equipos de primaria y un equipo de atención continuada

Quedan pendientes, la inclusión de la hoja de seguimiento domiciliario en plantillas de OMI, La creación de un listado de pacientes terminales único y control de altas hospitalarias de estos pacientes. También quedan pendientes las sesiones clínicas, que se harán en estos próximos meses

7. OBSERVACIONES.

¿ A quién debemos dirigirnos para que nos orienten en como podemos obtener estos listados, como realizar la hoja de seguimiento domiciliario, altas hospitalarias ? Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1556 ===== ***

Nº de registro: 1556

Título
PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Autores:
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA, SOLENZAL ALVAREZ OSCAR, HERRERO FUERTES ALBERTO, ESCOLANO EZQUERRA SILVIA, BRUNO CASADO LIDIA, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, POLO BLASCO MARI CARMEN, CORTINA LACAMBRA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME MONZON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TERMINALES ONCOLOGICOS Y DE ORGANO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE ATENCION CONTINUADA EN EL PACIENTE TERMINAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los paciente terminales, presntan multiples sintomas,cambiantes en breves periodos de tiempo. Los profesionales del centro de salud, tanto en horario de mañanas como atencion continuada, hemos detectado la necesidad de mejorar el registro y comunicacion entre profesionales para asegurar la contiunuidad de cuidados adecuados en estos pacientes y sus familias.

RESULTADOS ESPERADOS

poblacion diana : pacientes terminales oncologicos y terminales de organo mayores de 14 años.
se mejorará el registro especifico de los pacientes terminales.
se actualizaran los protocolos de actuacion en los sintomas mas frecuentes de estos enfermos y educacion sanitaria a las familias.
se revisarán los registros de voluntades anticipadas.

MÉTODO

se realizaran actividades formativas y de sensibilizacion entre los profesionales que trabajan en el centro de salud con el objetivo de mejorar la codificacion del paciente terminal.
asi como actividades de formacion para mejorar la atencion de los sintomas mas frecuentes.

INDICADORES

Nº DE PACIENTES TERMINALES REGISTRADOS EN OMI

Nº DE SESIONES REALIZADAS EN 7 MESES.

INDICADOR SERÁ Nº DE SESIONES / 7 >0= A 0,85

DURACIÓN

MEJORA DE REGISTRO:

RESPONSABLE MARI CARMEN POLO Y RAQUEL CORTINA.

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2017 SE REALIZARAN EN EL MES DE OCTUBRE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA CON UNA POSTERIOR EVALUACION DEL IMPACTO.

ACTIVIDADES DE FORMACION:

RESPONSABLE

ISABEL LOPE Y CONCEPCION CORONAS.

ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON MANEJO DE ESTOS PACIENTES. SE REALIZARÁ UNA ACTIVIDAD FORMATIVA MENSUAL DESDE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA ABRIL DEL 2018.

FECHA PREVISTA DE INICIO : OCTUBRE 2017 Y EVALUCION EN JUNIO 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MILLAN BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ABIEGO
· Localidad ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TODA CALVO MARIA ROSARIO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES
CASTRO ASIN ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una reunión de Equipo para llevar a cabo la selección de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. El grupo se ha compuesto de 5 personas, (se ha producido un fallo en la asistencia de uno de los participantes), siendo un grupo homogéneo en edad, instrucción y tratamientos.
Hasta el momento se ha realizado la primera sesión de una hora de duración con el siguiente contenido: " Conocimientos fundamentales de la diabetes". Al inicio de la sesión se cumplimentó un pre-test para valorar los conocimientos de partida así como el compromiso de asistencia. Como recursos materiales se han utilizado: ordenador, proyector y presentaciones de power-point.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto ha sido recibido con satisfacción por parte de los asistentes, con compromiso de responsabilizarse y aumentar el autocuidado de su enfermedad. Se ha seguido el cronograma marcado hasta el momento. Como criterio de inclusión para elegir a la población diana se estableció:
- Mal control metabólico (Hb mayor 7%)
- Sobrepeso IMC mayor 25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje
Al estudiar nuestra población diana nos dimos cuenta que era difícil adaptarse a los criterios de inclusión establecidos, por lo se optó por modificarlos. La población diana en la actualidad es:
- Pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 60 años, de nuestra zona de salud.
Los indicadores del proyecto son:
- Realización de al menos 3 sesiones educativas en un grupo completo.
- Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos de DM, tras la intervención diabetológica, así como su grado de satisfacción con el programa.
La fuente de selección es los pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en el programa OMI del EAP. se ha seguido como criterio de selección aquellos con peor control diabetológico, capacidad suficiente de aprendizaje y similar nivel de instrucción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aportación más importante de este trabajo es la implantación progresiva de un plan educativo, que permite mejorar los conocimientos y habilidades de los pacientes en cuanto a su autocuidado. Consideramos que es una patología de gran importancia en el ámbito sanitario susceptible de ser evaluada.
El programa se ha iniciado, quedando pendiente 3 sesiones clínicas y sus evaluaciones correspondientes. Se realizará el test post-intervención así como la encuesta de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1467 ===== ***

Nº de registro: 1467

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Autores:
MILLAN BARRIO MARIA LUISA, TODA CALVO MARIA ROSARIO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES, CASTRO ASIN ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MILLAN BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ABIEGO
· Localidad ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TODA CALVO MARIA ROSARIO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
CASTRO ASIN ALFREDO
CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las 3 charlas que quedaban para concluir el cronograma. Los cinco componentes del grupo han acudido a todas las sesiones, por lo que la participación ha sido de un 100%. Previo a la sesión se realiza pre-test para valorar conocimientos de partida. Las sesiones realizadas con una hora de duración han sido las siguientes:
- Alimentación y ejercicio
- Hipo-hiperglucemia
- Cuidado de pies y piel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los indicadores propuestos ya que, respecto al primero las sesiones se han realizado según el número y periodicidad previsto, existiendo un total compromiso por los asistentes. Respecto al segundo indicador se evidencia aumento en el nivel de conocimientos dado que se detecta un 75 % de aciertos en los pre-test que pasa a ser de un 95% en las encuestas post-intervención. Esto supone que la educación grupal mejora los conocimientos incorporando información y habilidades que generan responsabilidad en el control de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El impacto del proyecto ha sido alto. Se han cumplido los objetivos planteados con gran repercusión en los pacientes. Dado que los resultados han sido positivos y existe alto grado de satisfacción se continuara con el proyecto en el 2019. Se elegirá otra población diana, con iguales indicadores y se reducirá a tres el número de sesiones. Las sesiones tendrán una periodicidad mensual y una hora de duración con los siguientes contenidos:
- Conocimientos fundamentales. Alimentación y ejercicio.
- Hipo-hiperglucemias.
- Cuidados pies y piel.
Se realizarán los tes pre y post intervención así como las encuestas de satisfacción. El cronograma será el siguiente:
- Fecha inicio Marzo 2019
Fecha realización sesiones durante los meses de Abril-Mayo-Junio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1467 ===== ***

Nº de registro: 1467

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Autores:
MILLAN BARRIO MARIA LUISA, TODA CALVO MARIA ROSARIO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES, CASTRO ASIN ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de la enfermedad detectada en nuestra zona y la apreciación de falta de puesta en práctica de los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, que se transmiten diariamente en nuestras consultas, son los motivos por los que tras reunión y consenso en el equipo, decidimos implantar un plan de estrategia educativa sobre educación diabetológica. Como complemento de la educación individualizada en las consultas, creemos conveniente reforzar a través de la educación grupal el autocontrol de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios, que esta patología ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS

Serán criterios de inclusión para elegir a la población diana:

- Mal control metabólico HbA1c > 7%
- Sobrepeso IMC >25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje

El objetivo de la educación diabetológica es mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Serán objetivos específicos conseguir mejorar en los siguientes ámbitos: control glucémico y en los hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, control del peso).

MÉTODO

- Reunión de equipo para seleccionar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La elección del grupo será homogénea en edad, nivel de instrucción y tratamientos. Los grupos estarán compuestos por 6 personas.
- Cumplimentación de pre-test para valorar conocimientos de partida.
- Se realizarán 4 sesiones, cada dos meses, de una hora de duración con los siguientes contenidos:
 - 1º. Conocimientos fundamentales de la diabetes.
 - 2º. Alimentación y ejercicio.
 - 3º. Hipo-hiperglucemia.
 - 4º. Cuidados de piel y pies.

- En las sesiones se favorecerá el diálogo bidireccional tanto con los ponentes como con los miembros del grupo, con la finalidad de intercambiar experiencias.

- Se finalizará con un test post-intervención para valorar conocimientos adquiridos.

- Se realizará encuesta de satisfacción.

- Las sesiones se impartirán en la sala de reuniones del centro de salud.

- Recursos materiales: Ordenador, proyector (power-point, videos).

Folletos informativos.

Encuesta satisfacción.

Test para pacientes.

Báscula y tallímetro.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores:

- Que el 50% de la población diana disminuya su IMC.
- Que el 50% de la población diana disminuya su HbA1c.
- Realización de al menos 3 sesiones educativas (un grupo completo).

DURACIÓN

-Realización de 4 sesiones educativas, cada 2 meses, de una hora de duración.

-Inicio septiembre 2017.

-Finalización junio 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 - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1561

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA HERNANDEZ DE PEDRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO
HERNANDEZ DE PEDRO MARIA
CLAVER GARCIA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diariamente se realizaba control de limpieza y orden en la sala, así como chequeo de monitos/desfibrilador que se registraba en una hoja (realizado por el medico saliente de guardia), oxigenoterapia.
Diariamente se reponía material usado en la guardia tanto de mochilas como de la sala (realizado por enfermera saliente de guardia)
Registro mensual de caducidades de ampulario, nevera por parte de responsables del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La sala se ha reorganizado quedando un mejor acceso al paciente. La dotacion de nuevo carro de paros y revision del mismo así como del monitor (aportacion del ayuntamiento) ha sido positiva y bien aceptada por los trabajadores
La revision de oxigeno, ampulario, orden de estanterias y cajones, mochilas y aparatos ha sido correcta en la mayoría de los meses.
Se ha llevado a cabo el registro de firmas de las revisiones mensuales y el del monitor y DESA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion ha sido positiva en el equipo porque el orden y el control de caducidades ha hevhio mas facil el trabajo en situacion de urgencia
Se ha decidido continuar con el cumplimiento de este programa
Ha quedado pendiente ser mas constantes en la reposicion de material y en el de la mochila cuando se vuelve de alguna urgencia, y no reponerse los materiales individucales con material de la sla de urgencias

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1561 ===== ***

Nº de registro: 1561

Título
SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GETION DEL EQUIPAMIENTO

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, LOPEZ CALZON PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

El proyecto se consideró necesario para poder tener la sala en perfecto estado de uso, con todo el aparataje en correcto funcionamiento y en el lugar habitual de uso, así como el control de las caducidades de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1561

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

medicación.

RESULTADOS ESPERADOS

Que no haya medicación caducada .
Que no falte medicación
Carro de curas equipado y preparado para su uso con todo el material.
Aparataje sin averías y funcionando perfectamente.
Papel de camilla .
Limpieza y orden general de la sala

MÉTODO

Hoja de recogida de firmas
El médico y la enfermera que salen de guardia deben reponer el material usado hacer la revisión según el acuerdo diario y firmar la hoja correspondiente. En esa revisión diaria se incluye el orden de la sala, el carro de curas y el papel de la camilla.
Los lunes se revisará el oxígeno, los martes el ampulario, el miércoles el orden de cajones y estanterías, los jueves la mochila de urgencias, los viernes mórnicos, sábado DESA y domingo coche y stock del material y medicación.
Mensualmente se realiza la revisión completa del desfibrilador y del aparato de electrocardiograma.

INDICADORES

Revisar mensualmente la hoja de firmas para tener datos sobre el cumplimiento del programa.

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1593

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN LA INFANCIA-ADOLESCENCIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 3 sesiones teorico-practicas al profesorado del instituto de la localizadda basadas en la actuacion de los mismos ante enfermedades croncias prevalentes en poblacion adolescente: actuacion ante crisis de asma, reaccion anafilactica, reaccion alergica, crisis convulsiva, diabetes y sus complicaicones y accidentes. Se añadio una sesion de RCP basica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras las sesiones se realizo un cuestionario de 20 preguntas con tres respuestas y solo una de ellas valida. En todos los aspectos habia una clara mejoria sueperior al 70% de los conocimeintos respecto al la encuesta inicial y casi el 80% se veia con preparacion para actuar ante estas situaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA experiencia ha sido muy positiva para el profesorado y para los docentes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1593 ===== ***

Nº de registro: 1593

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN AL INFANCIA-ADOLESCENCIA

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades prevalentes en la infancia y adolescencia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se pusieron de manifiesto de carencias en los conocin;mientos teorico-prácticos acerca de enfermedades crónica prevalente en la población adolescente de la zona por parte del profesorado del IES Sobrarbe..

RESULTADOS ESPERADOS

El ojetivo pretende que se mejore la formación del profesorado en enfermedades crónicas prevalentes y sus complicaciones de la infancia-adolescencia, para mejorar la actuación y respuesta del profesorado ante posibles complicaciones surgidas de las mismas.

MÉTODO

Actividades mediante sesiones teorico-prácticas sobre: asma, diabetes, crisis epilépticas y convulsivas, alergias, intolerancias alimentarias y accidentes.
Se realizaran seis sesiones de trabajo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1593

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN LA INFANCIA-ADOLESCENCIA

Se elabora un cuestionario de 20 preguntas con 3 posibles respuestas (solo una de ellas válida.) Se pasa el cuestionario antes de las sesiones y a las cuatro semanas tras impartir las mismas.
El limite inferior a alcanzar es una mejora el el conocimiento del 50% de los asistentes. El limite superior estará en una mejora de los conocimientos del 70%.

DURACIÓN

Inicio en Febrero de año 2017 y finalización en diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE INES BORBON CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCUDE R CENTELLES ANGEL FRANCISCO
LOPEZ CALZON PATRICIA
MARIN CAMPODARVE ALFREDO
PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Listado de diabéticos.
- De los diabéticos, cuáles tenían realizada la consulta de pie diabético y cuáles no.
- De los que no, en consulta de control de glucemia, citar para valorar pie diabético e incluso, cita por vía telefónica.
- Consulta de pie diabético: doppler, valorar sensibilidad... todos aquellos parámetros que incluye dicha consulta.
- Ir consultando a través del cuadro de mandos cada cierto tiempo las coberturas, mantenimiento... etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados no son los esperados por diversas incidencias: doppler estropeado durante un tiempo, cambio de profesionales...
Aun así, el proyecto ha alcanzado los mínimos objetivos: un 75% tienen realizada la exploración del pie diabético.

La fuente: es el cuadro de mandos que va variando periódicamente algunos datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa puede mejorar mucho todavía, sobre todo, en algunos cupos . Ahora, con los profesionales más estabilizados, puede hacerse más hincapie en una mejora continua.
Queda pendiente la progresión continuada en valoración de consulta del pie diabético pero aun así, el proyecto es sostenible y ayuda a una labor de dicha consulta más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1605 ===== ***

Nº de registro: 1605

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO. (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Autores:
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Porcentaje mejorable de la cobertura de valoración de pie diabético, dentro de la población de la zona de salud que está en el programa 306.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

RESULTADOS ESPERADOS

Població diana será aquellos pacientes que estén incluidos en el programa 306 diabéticos. que un 90% tengas realizada la exploración de pie diabético según protocolo.

MÉTODO

Citación en consultra según protocolo.Todas las consultas de enfermería disponen de instrumental para realizarf dicha exploración.

INDICADORES

-Pacientes que tengan realizada la exploración de pie diabético según marca el protocolo del programa 306. Objetivo inferior de calidad que un 70% tengan realizada la exploración. Objetivo superior un 90% tenan realizada la exploración.

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE INES BORBON CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA
ESCUDEY CENTELLES ANGEL FRANCISCO
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades son las de consulta de enfermería del pie diabético: sensibilidad, doppler, martillo... Se utilizó material propio para la revisión del pie diabético. Se realizó citas en consulta según protocolo. Se realizó durante el año 2017 y continuado hasta diciembre del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado alcanzado fue de un 80%, no llegó al objetivo previsto, ya que el cuadro de mandos de diabetes de cada cupo no estaba abierto a la persona responsable para poder llevar un seguimiento más exhaustivo. Aún así, mejoró el número de pacientes diabéticos revisados del pie diabético

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se podría mejorar si la accesibilidad al cuadro de mando por quien mantiene la responsabilidad fuese continua. Cada enfermero/a debe llevar un plan de seguimiento sobre esta consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1605 ===== ***

Nº de registro: 1605

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO. (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Autores:
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Porcentaje mejorable de la cobertura de valoración de pie diabético, dentro de la población de la zona de salud que está en el programa 306.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana será aquellos pacientes que estén incluidos en el programa 306 diabéticos. que un 90% tengas realizada la exploración de pie diabético según protocolo.

MÉTODO
Cita en consulta según protocolo. Todas las consultas de enfermería disponen de instrumental para realizar dicha exploración.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

-Pacientes que tengan realizada la exploración de pie diabético según marca el protocolo del programa 306. Objetivo inferior de calidad que un 70% tengan realizada la exploración. Objetivo superior un 90% tenan realizada la exploración.

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1629

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MAGALY THACCO VELARDE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUALES PALAZON LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Sesiones: 4 de 45 minutos con una media de 12 participantes por sesión (noviembre y diciembre). Encuesta de conocimientos antes y después de cada sesión.
Encuesta final de necesidades.
Se ha empleado material gráfico y el existente como consejos para la fiebre, la diarrea,,etc

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora de conocimientos de los cuidadores
Disminución de la ansiedad de los cuidadores.
Disminución de la frecuentación de los niños
Mejora de habilidades y conocimientos entre otros en: lavados nasales, manejo de antitérmicos,masajes abdominales, hidratación oral...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultad para realizar las sesiones: horarios, distancia, carreteras..
Valoración de insistir en la educación personalizada en em medio en el que nos movemos.

7. OBSERVACIONES.

-

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1629 ===== ***

Nº de registro: 1629

Título
EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Autores:
BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA, CLAVER GARCIA PAULA, RUIZ ALMENARA VALENTIN, THACCO VELARDE MAGALY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1) Introducción: Desde el punto de vista de la consulta de pediatría de AP destacan una serie de consultas sobre patologías que son manejables de forma domiciliar y no requieren, en un primer momento, evaluación por parte del personal sanitario. Los motivos de consulta más frecuentes hacen que se retrase la asistencia de otras patologías y sobrecargan las consultas de pediatría y medicina/ enfermería de familia con citas urgentes. Planteamos un proyecto de taller que constituya un espacio de relación entre profesionales sanitarios y cuidadores de niños que les permita verbalizar e intentar resolver dudas que puedan surgir en el proceso de cuidado de un niño enfermo transmitiendo conocimientos sobre el manejo de la patología pediátrica más frecuente en su estadio inicial.

2) Análisis de la situación: En forma de encuesta para padres y personal sanitario para determinar las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1629

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

principales inquietudes/carencias de los cuidadores, acerca del manejo de síntomas que pueden ser asistidos de forma domiciliaria. Con los resultados de dicha encuesta se escogerán los 4 síndromes/síntomas principales acerca de los que se organizarán una serie de talleres.

Trabajaremos considerando la asistencia de múltiples factores relacionados con la situación y necesidades de los cuidadores:

Factores ambientales: entorno próximo: familia y sistemas de soporte (edad de los padres, 1er hijo, manejo previo de enfermedad infantil), situación socioeconómica familiar; entorno social: valores y costumbres culturales, modelos socioculturales de maternidad y paternidad.

Factores personales: área cognitiva (conocimientos sobre el proceso natural de enfermar y su relación con la maduración del sistema inmunitario), área emocional (vivencias, creencias y experiencias personales; expectativas de resultados: (siento que puedo controlar la situación), área habilidades (manejo, psicomotoras y personales, conflictos)

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES

- Dotar de habilidades y conocimientos a los cuidadores habituales de estos niños, en el manejo de los síntomas mas comunes de las enfermedades infantiles frecuentes.
- Disminuir la frecuentación de los preescolares a los servicios sanitarios.
- Disminuir la ansiedad de los cuidadores ante los síntomas habituales en los niños con enfermedades banales.

ESPECIFICOS:

1. De conocimiento:

- Adquirir conocimientos sobre el manejo domiciliario de las patologías tratadas.
- Conocer pilares del tratamiento y reconocer signos de alarma.

2. De actitud:

- Expresar sus vivencias y experiencias, incrementar sus conocimientos, adquirir las habilidades necesarias para cuidar, desarrollar autoridad, aceptación, autoestima, autonomía.

3. De habilidad:

- Mejorar o adquirir habilidad en diferentes técnicas: Lavados nasales, uso de antitérmicos, masajes abdominales, hidratac. oral y otros

Población diana: Cuidadores: madres y padres, abuelos... de niños entre 6 meses a 6 años que tengan interés en aumentar sus conocimientos.

MÉTODO

1. Captación: Desde las consultas del CS, aunque la admisión será pública y se podrán captar personas interesadas desde servicios sociales, centros educativos, admisión del CS, cartelera..

2.Desarrollo de la intervención: Taller de 4 sesiones de unos 45-60' de duración, con un máx. de 10 participantes .Que consten de una 1ª parte de charla-coloquio, en la que se desarrollarán los temas que se decidirán en función de las necesidades/inquietudes que muestre la población diana y una 2ª parte, práctica en la que se desarrollaran habilidades sobre diferentes técnicas. Además se pretende reforzar gráficamente el mensaje transmitido en el taller mediante folletos informativos y posters para la sala de espera de la consulta.

3. Quién impartirá el taller: Sanitarios del CS

4. Dónde se imparte: Sala de reuniones del CS

INDICADORES

- Evaluación de la intervención: De forma continuada evaluando los resultados el proceso y la adecuación de los recursos.

- 1º: Encuesta de conocimientos: pre y post taller.

- 2º. Evaluación del proceso educativo mediante 2 encuestas:

1ª.Datos en cuanto asistencia y participación: Para los monitores.

2ª.Grado de consecución de las actividades previstas, adecuación de los monitores del taller al grupo y contenidos, así como el programa de contenidos): Para los cuidadores.

DURACIÓN

Información:15 a 30 Sept. Realización de un taller de 4 sesiones con una duración de entre 45-60' cada una, quincenales, en los meses de Oct y Nov. Evaluación de la actividad y recopilación nuevas propuestas de necesidades sentidas por los asistentes en atención comunitaria, Diciembre.

OBSERVACIONES

Servicio o Unidad: Atención Primaria

Se reenvía el Proyecto por exceso inicial de caracteres (>5000)

(Proyecto: 2016_1581 (Contrato Programa))

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE SILVIA SORINAS FORNIES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA GARCIA LYDIA
ASARTA SANCHEZ-FORTUN MARIA DOLORES
CASTELLANOS DE MUR MANUEL
MORERA TARDOS MARIA PILAR
GUALLARTE HERREROS OLGA
VILLAS SENDER MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REPARTIERON CARTELES PARA COLOCAR EN TODOS LOS CONSULTORIOS LOCALES Y AYUNTAMIENTOS, INDICANDO LOS DOCUMENTOS QUE IBAN A NECESITAR, COPIAS DE LAS AUTORIZACIONES Y LA IMPORTANCIA DE TENER LOS DATOS CORRECTOS EN NUESTRA BASE DE DATOS. LOS ENFERMEROS Y MÉDICOS LO COMUNICABAN A LOS PACIENTES QUE VEÍAN EN CONSULTA (COMPROBABAN SUS DATOS). SEGUIMOS CON EL PROYECTO, YA QUE CREEMOS QUE ES IMPORTANTE QUE SE SIGA REALIZANDO INDEFINIDAMENTE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESPECTO A AÑOS ANTERIORES, HEMOS VISTO UN INCREMENTO DE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO EN TARJETA SANITARIA. COMO INDICADOR, TAMBIÉN HEMOS NOTADO QUE LAS INTERCONSULTAS SALEN CADA VEZ EN MAYOR NÚMERO CON LOS DATOS CORRECTOS Y EN EL AÑO 2017 NO RECIBIMOS NINGUNA LLAMADA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA SOLICITÁNDONOS LOCALIZAR A NINGÚN PACIENTE, LO QUE ERA HABITUAL EN AÑOS ANTERIORES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CADA ENFERMERO SE OCUPABA DE LOS PACIENTES DE SU LOCALIDAD, Y ESO HA HECHO POSIBLE QUE MÁS PACIENTES ACUDAN AL CENTRO DE SALUD A CAMBIAR LOS DATOS. SI ESTA ACTIVIDAD SE LLEVA A CABO DE FORMA ININTERRUMPIDA, CONSEGUIREMOS UNA BASE DE DATOS ACTUALIZADA, LO QUE FACILITA EL TRABAJO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1376 ===== ***

Nº de registro: 1376

Título
ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

Autores:
SORINAS FORNIES SILVIA, PINILLA GARCIA LYDIA, ASARTA SANCHEZ-FORTUN MARIA DOLORES, CASTELLANOS DE MUR MANUEL, MORERA TARDOS MARIA PILAR, GUALLARTE HERREROS OLGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: LOCALIZACIÓN PARA COMUNICAR PATOLOGIAS URGENTES/CITAS/OTROS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora comunicacion

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es difícil localizar a muchos pacientes debido a que no han actualizado sus datos en BDU, y por consiguiente, es complicado comunicarles cambios de citas, se devuelven TSI, cuesta localizarles para comunicarles resultados urgentes... Esto se ve reflejado en el trabajo realizado diariamente en el Centro de Salud, cuando se tienen que modificar citas y no conseguimos localizar a los pacientes y/o acuden sin poder ser atendidos (lo que genera malestar y molestias innecesarias), así como una pérdida de tiempo tanto para ellos como para los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

RESULTADOS ESPERADOS

Tener lo más actualizada posible la Base de Datos, para poder localizar, en caso necesario, a los pacientes lo más rápido posible. La población a la que va dirigida son todos los pacientes de nuestro Centro de Salud. Concienciar también a los colaboradores en este proyecto de que es importante que transmitan a los pacientes que pasan por la consulta que tengan actualizados sus datos.

MÉTODO

Para poder llegar a ellos, pondríamos carteles en los Consultorios Locales, Ayuntamientos, Farmacias, etc... solicitando que actualicen sus datos en caso de haber cambiado en los últimos años. Para concienciar también a los colaboradores en este proyecto de que es importante que transmitan a los pacientes que pasan por la consulta que tengan actualizados sus datos, realizaríamos una reunion de EAP para explicarles la importancia del proyecto. Los recursos para llevarlo a cabo es el personal de nuestro EAP, folios para los cambios en BDU y los carteles. Los servicios a ofrecer al paciente serán más accesibles para ellos al poder localizarles cuando se les vaya a ofertar.

INDICADORES

Incremento, respecto de años anteriores, del número de cambio de domicilios llevados a cabo en un determinado período. Y también consultar si el número de TSI devueltas por correos de nuestro CS se ha disminuido en ese período.

DURACIÓN

Período de concienciación EAP: 1 semana

Período de implantación: 1 semana

Fecha prevista de inicio: 1/06/2017

Fecha prevista de fin: 1/6/2018 (aunque la intención es que se siga haciendo de forma indefinida, ya que siempre habrá nuevos pacientes y cambios de dirección y teléfono).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO A CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE HELGA PORQUET GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAS SENDER MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charla inicial de 1 hora de duración donde se explica y se vé con presentacion Power Point :

1- Anatomía y fisiología del suelo pélvico, músculos del tronco superior en concreto de core abdominal y diafragma. Funciones principales.

2- Causas principales del debilitamiento del suelo pélvico.

3.- Trastornos comunes del suelo pélvico hiper o hipotonificado.

4- Beneficios del ejercicio en mujeres en embarazo, postparto y menopausia.

5.- Ejercicios tipo Pilates como ejercicio suave y rehabilitador para flexibilizar músculos del core abdominal. Ejercicios de kejel.

6.- Coactivación de suelo pélvico con respiración diafragmática para estabilizar región lumbopélvica.

7.- Respiración diafragmática, integración en la vida diaria.

8.- Información sobre hábitos saludables en la micción y defecación.

Consulta individual con registro de varios factores a valorar sobre hábitos de la persona. Datos generales.

8 0 10 sesiones de una hora a la semana de clase guiada para aprender a mecanizar los ejercicios y la respiración diafragmática y compromiso de repetirlos dos y tres veces a la semana en su domicilio.

Deben comprar un fit ball de su tamaño según estatura y encontrar en casa un momento para ellas.

Seguir la guía de ejercicios en una hoja por si se olvida.

Consulta individual a demanda para ayuda por diferentes cuestiones privadas y derivación a la matrona si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado 20 clases a 6 personas, 5 de las cuales tenían incontinencia de esfuerzo y urgencia en un contexto de menopausia, la sexta era una puerpera con parto vaginal y vino por prevención.

Todas han mejorado en sintomatología y continencia, saben evitar pérdidas, aguantan vejiga 2 h, refieren tener tonificado músculos abdominales del tronco superior, han cambiado hábitos miccionales y defecatorios. Respiran expandiendo el torax y activando los músculos abdominales durante la exhalación y así incorporan ese momento de relajación y espacio personal de autocuidado.

En definitiva ha mejorado su salud, han manifestado su molestia y han explicado abiertamente su dolencia dejando atrás este tema tabú que tanto las incomoda y avergüenza.

Usan la pelota de pilates y conocen ejercicios que han integrado en su vida cotidiana y que les proporciona beneficios en cuanto a ganar en higiene postural, fuerza, pérdida de peso, autocuidado y percepción positiva de su imagen (casos de baja autoestima generacional).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hay que detectar la mujer que acude a charla y solo hay una motivación de socialización, esto sirve igualmente como beneficio y acto positivo para la persona, pero se debe de re canalizar a actividades dirigidas a la creatividad o ejercicio que realicen en su barrio o pueblo.

Disminuir número de clases a 8, sesiones, 1 a la semana durante dos meses.

Realización de hoja de ejercicios para que tengan guía y poder seguirlos en casa. Todos son sencillos y tienen un nombre concreto clave.

Todas aquellas mujeres que con la tos o estornudo hace presión y hay pérdida de orina en un contexto de menopausia o no que tras haber realizado las sesiones y el seguimiento no mejora, deben de ir al ginecólogo, estar en su peso y seguir haciendo este tipo de ejercicios porque aunque haya cirugía se debe de continuar con actividad y flexibilización del suelo pélvico.

7. OBSERVACIONES.

Los ayuntamientos son colaboradores de prestar sus salas para impartir charlas y hacer las clases para mayor número de mujeres. Aquí en el Centro el espacio es limitado a 6 personas.

Gracias a los compañeros porque aunque es una hora de agenda, estamos en el medio rural y los pueblos están

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

alejados. Hasta ahora colaboran en atención a pacientes o tratamiento de urgencia segun necesidad en el tiempo de actividad por compromiso del acto de atención comunitaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1489 ===== ***

Nº de registro: 1489

Título
REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
REEDUCACION DE SUELO PELVICO CON EJERCICIOS TIPO PILATES EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE HIPER O HIPOTONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD.

Mujeres postmenopáusicas con varios embarazos de partos vaginales que padecen incontinencia urinaria de cualquier tipo y aunque le aconsejen en ginecología que haga ejercicios del suelo pélvico no toman conciencia y no son capaces de llevarlos a cabo porque tampoco se enseñan en concreto, se prescriben los ejercicios de KEJEL pero no hay motivación. La reeducación facilita la continencia de esfínteres y observación del cuerpo y previene enfermedades asociadas de la humedad como infecciones urinarias de repetición además de la incomodidad circunstancial de pérdidas de orina y braguita mojada o compresa continua con olores y mala sensación de confort que conlleva .

RESULTADOS ESPERADOS
Tonificación de suelo pélvico relacionada con aumentar o potenciar fuerza muscular para evitar pérdidas de orina cuando hay presión derivada de la tos, estornudo o sobresalto.
Lo mismo en cuanto a evitar prolapso de Útero en condiciones normales en personas mayores.
Si hay cirugía de aparato vesical, ginecológico o digestivo, reeducar suelo pélvico para evitar prolapsos posteriores.
Mejorar relaciones sexuales.
Evitar infecciones de la zona.
Tonificar de nuevo la musculatura del suelo pélvico tras el parto vaginal en puérperas.

MÉTODO
Clases guiadas con ejercicios de suelo pélvico tipo pilates con repercusión anatómica del tronco superior ya que es directamente proporcional en tono de suelo pélvico.
Además de Ejercicios de kegel con respiración diafragmática al mismo tiempo.
Anuncio de clases en cartel informativo en centro de salud de Albalate y pueblos de la zona.
Búsqueda activa en consulta donde la mujer comunica su situación.
Asociaciones de mujeres o amas de casa, de embarazadas, de mujeres a partir de 35 años interesadas en la tonificación como prevención.
Se harán dos charlas al año, una en el 2º trimestre y otra en el 4º trimestre. Es una sesión de 1, 30 minutos con apoyo audiovisual de power point donde se explica anatómicamente la musculatura del suelo pélvico y tronco superior de la mujer, los problemas comunes derivados de la mala tonificación del mismo, y los ejercicios en imágenes con objetos accesorios como pelotas fit ball de todos los tamaños, también se explica la respiración diafragmática y su técnica junto a la relajación asociada como beneficio inmediato. Es ameno, con lenguaje coloquial y todas las mujeres con misma motivación.
Habrá una clase de 50 min semanal en Albalate de Cinsa las 8:15 de la mañana, será en la sala de preparación al parto donde caben 12 personas y serán 12 sesiones aprox. donde aprenderán ejercicios y integrarán el hábito

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO A CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

tan saludable y sencillo. Ellas en su domicilio deberán practicar lo que necesiten. El nivel de exigencia en cuanto a condición física es nulo, no requiere capacidad ni fuerza atlética, simplemente motivación personal para el autocuidado.

INDICADORES

Indicadores: encuestas personales anónimas y consulta individual y personalizada donde, incontinencia es en mayor y menor medida la evidencia de la mejora del proceso. Cada mujer parte de una situación y se hará recogida de datos exhaustiva de la condición en que se encuentra, la mejora la observaremos en base a ese punto de partida de su hábito miccional cuando estaba sana o no había esta situación de no control de esfínteres por urgencia o esfuerzo. Si son parturientas o personas con disfunción sexual se recogerán igualmente hábitos miccionales, infecciones asociadas, etc. La CONTINENCIA como indicador a alcanzar.

DURACIÓN

Responsable de impartir clase de ejercicios de suelo pélvico: Helga Porquet Gracia con título de Reeduccion de suelo pélvico tipo pilates recibido en Colegio de Enfermería de Huesca de 30 horas por la matrona Francesca Santarely del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. La actividad consistirá en clase de 50 minutos semanal, serán 12 sesiones aproximadamente, el tratamiento es largo y continuo para integrarlo como hábito y evitar su fracaso. El póster en los centros indicando lo saludable del asunto, la moda del pilates y dedicarse un rato a una misma como reclamo, y nuestra accesibilidad en los centros de Belber de Cinca, Alcolea de Cinca, Ontiñena Osso de Cinca y Albalate de Cina con acceso a información en las consultas de médico y enfermería, donde se explicaría el objetivo en concreto. Este 2017 daría comienzo el proyecto en Septiembre hasta final de año, se inicia con una sesión explicativa y se deciden el número de personas elegidas por patología y gravedad. Depende de la demanda, en consecuencia haríamos grupos, observaríamos predisposición y unificaríamos para que fuera un grupo con misma motivación, homogéneo en edad y patología. Consiste en recoger datos en consulta individual con respuestas medibles con evidencia clínica tipo A para posteriormente hacer encuesta y valorar progresión.

OBSERVACIONES

Es la primera vez que hago un proyecto formal, desde que hice el curso en el Colegio de Enfermería estoy muy concienciada, lo he comprobado en mi misma por algun problema de incontinencia de esfuerzo y lo he puesto en marcha en mi consultoria de Ontiñena desde febrero, tengo 7 mujeres que han recibido la enseñanza y hay mejora, esto funciona si se hace constante dos veces por semana pero una vez que se integra se evidencia mejora clínica. Si falta de aportar algun dato comunicarmelo a traves de mi correo. 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 - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE HELGA PORQUET GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Sesion - taller inicial con apoyo Power Point de 1:30h de charla informativa con anatomía básica de suelo pélvico, diafragma y músculos toraco-abdominales de la mujer además de la presentación de fundamentos del Pilates como ejercicio para tonificación del mismo. Dos grupos separados, 1 de puerperas o madres jóvenes y otro de mujeres de 55 años en adelante durante o después del climaterio. TODAS ELLAS con INCONTINENCIA URINARIA.
-Reciben información adjunta escrita con ejercicios detallados para la práctica en su domicilio. Lenguaje sencillo corto y conciso.
-Serie de 5 sesiones de 1h de duración conmigo como guía para la práctica de ejercicios de pilates seleccionados. Cintas elasticas y pelota.
- Test final para valorar conocimientos y mejoras.
- Cuestionario de valoración del taller común de cursos del Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todas ellas coinciden en que la integración de la actividad es un práctica sencilla y aunque disciplinada es fácil de realizar. Muy beneficiosa a corto plazo para obtener buenos resultados, no sólo en la mejora de la continencia, sino en higiene postural, relajación y sensación de autocuidado.
Del grupo joven eran un total de 10 y han seguido en su domicilio practicando dos veces por semana 6 de ellas, las otras 4 se han apuntado a pilates en sus pueblos.
Del grupo de mujeres en edad de climaterio eran 8, 4 hacen la práctica en su domicilio y otras 4 no han continuado.
Datos recogidos por telefono o cita en consulta y registrado.
Todas ellas realizan la respiración diafragmática y son capaces de controlar la micción, los ejercicios de Kejel están presentes en su día a día y su conciencia de tonificación muscular a nivel conocimiento corporal es mayor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha gustado mucho la actividad, han conocido el pilates y llega a esta zona de salud como actividad ligera básica para todo el mundo ya que no requiere gran tono físico.
La actividad es interesante pero ahora en estos dos últimos años ha calado tanto sus beneficios y su práctica tan adaptable al nivel de exigencia de cada uno que la persona interesada puede realizar los ejercicios en casa o en un gimnasio o como actividad de la comarca.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1489 ===== ***

Nº de registro: 1489

Título
REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

REEDUCACION DE SUELO PELVICO CON EJERCICIOS TIPO PILATES EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE HIPER O HIPOTONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD.

Mujeres postmenopáusicas con varios embarazos de partos vaginales que padecen incontinencia urinaria de cualquier tipo y aunque le aconsejen en ginecología que haga ejercicios del suelo pélvico no toman conciencia y no son capaces de llevarlos a cabo porque tampoco se enseñan en concreto, se prescriben los ejercicios de KEJEL pero no hay motivación. La reeducación facilita la continencia de esfínteres y observación del cuerpo y previene enfermedades asociadas de la humedad como infecciones urinarias de repetición además de la incomodidad circunstancial de pérdidas de orina y braguita mojada o compresa continua con olores y mala sensación de confort que conlleva .

RESULTADOS ESPERADOS

Tonificación de suelo pélvico relacionada con aumentar o potenciar fuerza muscular para evitar pérdidas de orina cuando hay presión derivada de la tos, estornudo o sobresalto.
Lo mismo en cuanto a evitar prolapso de Útero en condiciones normales en personas mayores.
Si hay cirugía de aparato vesical, ginecológico o digestivo, reeducar suelo pélvico para evitar prolapso posteriores.
Mejorar relaciones sexuales.
Evitar infecciones de la zona.
Tonificar de nuevo la musculatura del suelo pélvico tras el parto vaginal en púerperas.

MÉTODO

Clases guiadas con ejercicios de suelo pélvico tipo pilates con repercusión anatómica del tronco superior ya que es directamente proporcional en tono de suelo pélvico.
Además de Ejercicios de kegel con respiración diafragmática al mismo tiempo.
Anuncio de clases en cartel informativo en centro de salud de Albalate y pueblos de la zona.
Búsqueda activa en consulta donde la mujer comunica su situación.
Asociaciones de mujeres o amas de casa, de embarazadas, de mujeres a partir de 35 años interesadas en la tonificación como prevención.
Se harán dos charlas al año, una en el 2º trimestre y otra en el 4º trimestre. Es una sesión de 1, 30 minutos con apoyo audiovisual de power point donde se explica anatómicamente la musculatura del suelo pélvico y tronco superior de la mujer, los problemas comunes derivados de la mala tonificación del mismo, y los ejercicios en imágenes con objetos accesorios como pelotas fit ball de todos los tamaños, también se explica la respiración diafragmática y su técnica junto a la relajación asociada como beneficio inmediato. Es ameno, con lenguaje coloquial y todas las mujeres con misma motivación.
Habrá una clase de 50 min semanal en Albalate de Círculo las 8:15 de la mañana, será en la sala de preparación al parto donde caben 12 personas y serán 12 sesiones aprox. donde aprenderán ejercicios y integrarán el hábito tan saludable y sencillo. Ellas en su domicilio deberán practicar lo que necesiten.
El nivel de exigencia en cuanto a condición física es nulo, no requiere capacidad ni fuerza atlética, simplemente motivación personal para el autocuidado.

INDICADORES

Indicadores: encuestas personales anónimas y consulta individual y personalizada donde, incontinencia es en mayor y menor medida la evidencia de la mejora del proceso.
Cada mujer parte de una situación y se hará recogida de datos exhaustiva de la condición en que se encuentra, la mejora la observaremos en base a ese punto de partida de su hábito miccional cuando estaba sana o no había esta situación de no control de esfínteres por urgencia o esfuerzo.
Si son parturientas o personas con disfunción sexual se recogerán igualmente hábitos miccionales, infecciones asociadas, etc. La CONTINENCIA como indicador a alcanzar.

DURACIÓN

Responsable de impartir clase de ejercicios de suelo pélvico: Helga Porquet Gracia con título de Reeducación de suelo pélvico tipo pilates recibido en Colegio de Enfermería de Huesca de 30 horas por la matrona Francesca Santarell del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. La actividad consistirá en clase de 50 minutos semanal, serán 12 sesiones aproximadamente, el tratamiento es largo y continuo para integrarlo como hábito y evitar su fracaso. El póster en los centros indicando lo saludable del asunto, la moda del pilates y dedicarse un rato a una misma como reclamo, y nuestra accesibilidad en los centros de Belber de Círculo, Alcolea de Círculo, Ontiñena Osso de Círculo y Albalate de Círculo con acceso a información en las consultas de médico y enfermería, donde se explicaría el objetivo en concreto. Este 2017 daría comienzo el proyecto en Septiembre hasta final de año, se inicia con una sesión explicativa y se deciden el número de personas elegidas por patología y gravedad. Depende de la demanda, en consecuencia haríamos grupos, observaríamos predisposición

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

y unificaríamos para que fuera un grupo con misma motivación, homogéneo en edad y patología. Consiste en recoger datos en consulta individual con respuestas medibles con evidencia clínica tipo A para posteriormente hacer encuesta y valorar progresión.

OBSERVACIONES

Es la primera vez que hago un proyecto formal, desde que hice el curso en el Colegio de Enfermería estoy muy concienciada, lo he comprobado en mi misma por algun porblema de incontinencia de esfuerzo y lo he puesto en marcha en mi consultoria de Ontiñena desde febrero, tengo 7 mujeres que han recibido la enseñanza y hay mejora, esto funciona si se hace constante dos veces por semana pero una vez que se integra se evidencia mejora clinica. Si falta de aportar algun dato comunicarmelo a traves de mi correo. Gracias

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0556

1. TÍTULO

UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE TRINIDAD GRAU PUEYO
· Profesión TCAE
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA CRUZ ARNAL LUCIA
CARDIL FONZ EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo unificado del material que debe haber en el carro de paros de los Centros de Salud del Sector Barbastro que tienen el mismo modelo de Carro
Se han realizado Sesiones de formación e información al EAP
Se han elaborado las ITs de trabajo correspondientes y desde hace 6 meses se esta aplicando el protocolo unificado correspondiente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A las sesiones de formación e información realizadas han asistido el 95% de los profesionales del EAP.
Se ha establecido el nuevo protocolo y se esta aplicando con implicación de todo el personal de enfermería, auxiliar de enfermería y medicina del EAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento solo 4 Centros de salud tienen el mismo modelo de Carro de paros y se han acogido al protocolo. Seguimos impartiendo en el Centro al menos una sesión anual al EAP

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/556 ===== ***

Nº de registro: 0556

Título
UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, GRAU PUEYO TRINIDAD, DE LACRUZ ARNAL LUCIA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, CARDIL FONZ EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y RAPIDEZ EN LA ASISTENCIA

PROBLEMA

En cada centro de salud del sector el carro de paros esta distribuido y organizado de forma diferente, no existe un protocolo para unificar criterios de organización. Aprovechando que se ha dotado a alguno de los centros del sector del mismo modelo de carro paros, pensamos que puede ser interesante unificar su organización y distribución.

Con este proyecto se pretende conseguir disminuir la variabilidad en la organización y distribución del material en los carros de paros de los centros de salud del sector Barbastro, mejorando la coordinación entre los diferentes centros de salud, que influirá en la reducción de la demora en la aplicación del tratamiento de la RCP y aumentará la seguridad del paciente.

También se pretende adecuar los recursos del sector y su distribución entre los centros.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0556

1. TÍTULO

UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO

Creación de un grupo de trabajo
Implantación de un protocolo consensuado para todo el sector y colgarlo en intranet.
Inclusión progresiva de los centros de salud al programa
Unificar la organización/distribución del material en los carros de paros; así como el listado de stock mínimo
Formatos de registro de revisión y control unificados para todos los centros de salud del sector

MÉTODO

- 1- Creación de un grupo de trabajo
- 2- Analizar la situación (variabilidad entre los diferentes centros)
- 3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo
- 4- Presentación e información del protocolo a los diferentes centros del sector (gerencia)
- 5- Aprobación de un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
- 6- Sesiones de información / formación en los Centros de Salud
- 7- Evaluación - revisión del protocolo y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora que pudieran surgir

INDICADORES

- 1- Porcentaje de carros de paros que han implantado el protocolo común (Nº Carros de paros unificados / Nº centros de Salud del Sector)
- 2- Protocolo actualizado y colgado en la Intranet del sector (SÍ/NO)
- 3- Porcentaje de Equipos de Atención Primaria a los que se ha impartido formación común (Nº sesiones de formación --información / Nº de centros de S. del Sector)

DURACIÓN

- 1- ANALISIS DE LA SITUACION Y CREACIÓN DEL GRUPO DE MEJORA (1 MES)
- 2- ELABORACION DEL PROTOCOLO (2- 3 MESES)
- 3- PRESENTACION DEL PROTOCOLO A GERENCIA
- 4- SESIONES DE FORMACION /INFORMACION (3-6 MESES)
- 5- EVALUACION DE COMO SE HA IMPLANTADO EL PROTOCOLO EN LOS DIFERENTES CENTROS (GRADO DE ACEPTACION) AL AÑO

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 - 2016/0574

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ALICIA GRACIA MONTOLIU
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EIZAGUERRI MATEO CELES
PUY BARON ANA
BOIX ALOY CONSUELO
CAZCARRA JUSTE ESTHER
MAIRAL SANZ PILAR
SOPENA NOGUERAS NURIA
MARTINEZ NOVEL LUCIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes que solicitan DEMNP se citan en el médico o pediatra que tienen asignado, pudiendo requerir el servicio también en matrona, enfermería, odontología o trabajadora social, según la consulta que quiera realizar el paciente.

Acceden a este tipo de consulta todos los profesionales del Centro de Salud.

Todos los profesionales del Centro de Salud disponen en sus agendas de varios actos con el código DEMNP, distribuidos a lo largo de las agendas diarias durante toda la jornada laboral, a criterio de cada profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

*INDICADORES:

-Número de pacientes que utilizan el Servicio desde enero hasta octubre de 2017.

Las consultas realizadas en Enfermería son 242, en Medicina de Familia 1,889 y en Pediatría 269.

-No ha habido ninguna incidencia ni reclamación por parte de los profesionales ni de los pacientes.

-Se realizó Sesión de formación/información de Consulta no Presencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Percibimos que la satisfacción entre profesionales y usuarios es alta.

Se aumenta la accesibilidad a pacientes que por diferentes circunstancias no puedan acceder a la consulta presencial.

Siendo muy útil para dar resultados de pruebas y seguimiento de tratamientos a pacientes conocidos anteriormente en la consulta.

7. OBSERVACIONES.

No es necesario consentimiento informado. Si el paciente es conocido por el profesional se realizará la consulta.

Si hay dudas sobre la identidad del paciente y/o no tiene historia clínica abierta, el profesional concerta una cita presencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/574 ===== ***

Nº de registro: 0574

Título
IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA MONTOLIU ALICIA, EIZAGUERRI MATEO MARIA CELES, PUY BARON ANA, BOIX ALOY CONSUELO, CAZCARRA JUSTE ESTHER, SOPENA NOGUERAS NURIA, MAIRAL SANZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0574

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica : Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hay un perfil de usuarios que tienen dificultades para la asistencia presencial en el centro de salud, por motivos diversos, laborales, salud, frecuencia de consultas...Nuestro proyecto pretende facilitar la accesibilidad en usuarios con necesidad de consulta no presencial que cumpla los requisitos éticos para consulta telefónica.

Familiar cuidador principal de paciente dependiente.

Requisitos éticos:

Que haya existido consulta presencial previamente.

No puede ser ofertada a todos los pacientes de forma generalizada, por las características de personalidad, factores sociales...

Aceptación de paciente y profesional a la consulta no presencial (consentimiento informado).

Que exista código de identificación.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos de la Actividad:

Favorecer la accesibilidad de los usuarios a través de la consulta telefónica de sus procesos asistenciales que no requieren exploración clínica.

Optimizar la carga asistencial en las consultas de Atención Primaria.

Establecer procesos estandarizados de atención asistencial a través de medidas de organización y gestión de la consulta telefónica.

MÉTODO

Profesionales sanitarios y Servicio de Admisión.

Elaboración de flujograma del proceso.

Curso de formación a los profesionales implicados.

Carteles informativos del Servicio a los pacientes.

Adecuación de las agendas de los profesionales participantes.

Encuesta de satisfacción.

Captación, circuito, organización del proceso:

La captación se realizará mediante carteles informativos del nuevo Servicio.

Se ofertará a los pacientes individualmente por los profesionales de Admisión.

El circuito será el siguiente:

Verificar si cumple criterios de admisión.

Existencia de consentimiento informado y registrarlo en OMI. Tipo de consulta que solicita (Medicina, Enfermería, Pediatría, Matronas, Trabajadora Social, Odontología).

Comprobar si está el profesional asignado.

Citar en hueco CNP.

INDICADORES

Número de pacientes que utilizan esta servicio. Objetivo 50 pacientes en el primer año.

Número de pacientes con CNP/ número de consentimientos informados. Objetivo 100%.

Grado de satisfacción del profesional con el proceso.

Evaluación semestral.

Realización de una sesión de formación: SI/NO

DURACIÓN

Elaboración de flujograma en diciembre.

Curso de formación a los profesionales en enero 2017.

Carteles informativos a los pacientes en febrero 2017.

Adecuación de las en febrero de 2017.

Encuesta de satisfacción a los 6 meses de la implantacion con frecuencia semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0574

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

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 - 2016/0581

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MELITON BLASCO OLIETE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES CLEMENTE ELISA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para aumentar el diagnóstico de pacientes EPOC se solicitó a la Dirección de AP del sector listado de:
Pacientes en tratamiento crónico con inhaladores
Pacientes con diagnóstico de bronquitis, bronquiectasias, enfisema
Los listados se pasarán a cada equipo medicina/enfermería para que valoren si procede solicitar espirometría.
Se han realizado 370 espirometrias en el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Intervención global sobre tabaquismo:
Sesión sobre abordaje del tabaquismo el día 3/7/1017 impartida por Dr. Blasco
Puesta en funcionamiento en enero/2018 de una consulta específica de deshabituación tabáquica cuyo responsable será el Dr. Blasco:
Sesión de presentación al EAP el día 17/1/2018 "Consulta de deshabituación tabáquica"
Se ha aumentado sensiblemente la cobertura de EPOC, el 1.9%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El diagnóstico del paciente EPOC es complejo. La consulta específica de Deshabituación Tabáquica puede ser una ayuda importante para la accesibilidad a este Servicio de los pacientes que quieran dejar de fumar.
Consulta monográfica los martes de 13:30-14:30
Derivación: Desde consultas de medicina/enfermería
Criterios de inclusión: Fumador que desea intento de abandono
Contenido
Primera consulta, presencial
Martes de 13:30-14:30 15 minutos
Datos sobre el consumo de tabaco, información, plantear fecha de cese del consumo, plantear grupos de relajación
2. Telefónica: Ha fijado día D?
3. Presencial: Previa al cese. Tto farmacológico. Cooximetría
4. Telefónica: 2-4 días cese
5. Presencial 7-10 días cese. Cooximetría
6. Telefónica 2 semanas cese
7. Presencial 1 mes cese
8. Telefónica: 2 meses cese
9. Telefónica: 6 meses cese
10. telefónica: 1 año cese
Salida del programa
No fijar fecha para cese
Recaída
1 año sin fumar

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/581 ===== ***

Nº de registro: 0581

Título
MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Autores:
BLASCO OLIETE MELITON, TORRES CLEMENTE ELISA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0581

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Hemos analizado nuestros resultados en la atención del paciente EPOC, es evidente que existe un infradiagnóstico en nuestro Centro tenemos un 3.1% de pacientes diagnosticados siendo la prevalencia en Aragón del 10.4%. La espirometría es la prueba fundamental para diagnosticar a estos pacientes, las dificultades en su realización y la participación activa del paciente, junto a la preparación para la prueba, interpretación y registro en OMI son un cúmulo de obstáculos que contribuyen al infradiagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumento del diagnóstico del paciente EPOC.
Mejorar la intervención de deshabituación tabáquica.

MÉTODO

Sesión de formación de diagnóstico de EPOC y registro de espirometrías en OMI
Sesión formación de enfermería en calidad de espirometrías
Sesión de formación de deshabituación tabáquica.
En consulta de medicina y enfermería mediante la investigación del hábito tabáquico, se solicitará espirometría con instrucciones al paciente para la realización de la prueba
Se citará al paciente en consulta programada de medicina para resultado de espirometría, registro en OMI e intervención tabáquica.
La intervención tabáquica también se puede realizar en consulta de enfermería y derivar a medicina si el Riscmon es mayor de 6p.
Pacientes >de 45 años fumadores o exfumadores.
Pacientes >14años se investigará hábito tabáquico
Pacientes sintomáticos con aumento de disnea, espectoración o/y bronquitis de repetición>2 episodios/año
Pacientes con riesgo laboral EPOC.

INDICADORES

Aumentar el diagnóstico EPOC hasta un 6%.
Espirográficas registradas en OMI / Total de espirogramas realizadas
Paciente con espirograma realizada tenga intervención tabaquica/Total de espirogramas realizadas.
La evaluación se realizará semestralmente.

DURACIÓN

Sesión de formación EPOC y registro en OMI de espirogramas. Noviembre 2016.
Sesión de formación calidad de espirogramas. Noviembre 2016.
Sesión formación deshabituación tabaquica. Diciembre 2016.
Evaluación de los indicadores semestralmente

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 - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE DOLORES CASTARLENAS SANMARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAESTRE SANTOLARIA SIRA
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
PUEYO ACIN ARANCHA
FORNIES LACOSTA PILAR
VISTUE TORNIL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Elaboración de un cuestionario para la recogida de información-conocimientos dirigida a los profesionales de enfermería del Centro, y análisis de dicha información.
· Creación de una guía de actuación para la exploración del pie diabético, basándonos en las herramientas de trabajo de las que actualmente disponemos.
· Realización de sesiones formativas a los profesionales del Centro; una de la teoría y otra práctica de la revisión del pie diabético.
· Recogida del grado de conocimientos adquiridos por los profesionales tras acudir a las sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la sesión de formación asistieron el 95% de los profesionales del E.A.P.
Poseemos los datos de registro del pie diabético del año 2016 y 2017; precisaremos los resultados del 2018; para realizar la comparativa tras las sesiones de formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente de analizar los resultados de los cuestionarios que realizaron los profesionales pre y post sesión formativa.
Se ha retrasado en un año del análisis definitivo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
El responsable y algunos miembros del proyecto han cambiado por traslados y bajas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/711 ===== ***

Nº de registro: 0711

Título
MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

Autores:
MAESTRE SANTOLARIA SIRA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, PUEYO ACIN ARANCHA, SALAS GUIRAL PAZ, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, MELER PARACHE GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hemos analizado los datos de cartera de servicios, detectamos bajos resultados en la exploración del pie

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

diabético. El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones. La mayoría de las personas con pie diabético presentan enfermedad arterial periférica. La isquemia y la infección pueden estar presentes también. La neuropatía es una complicación microvascular que produce pérdida de sensibilidad en el pie, favoreciendo deformidades, una presión anormal, heridas y úlceras. Las úlceras del pie diabético pueden ser prevenibles con una adecuada estrategia que comprenda cribado, clasificación del riesgo y medidas efectivas de prevención y tratamiento. Todos estas complicaciones pueden ser modificadas y prevenibles, por eso pensamos que es importante aumentar la cobertura de esta exploración para cuantificar el riesgo. La guía NICE recomienda realizar el cribado del pie diabético a pacientes ambulatorios con DM2 para identificación y tratamiento de pacientes de alto riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar de la cobertura en la exploración del pie diabético.
Identificar los factores de riesgo para desarrollar pie diabético.
Valoración del riesgo del pie diabético .

MÉTODO

Población diana :Paciente diagnosticado de diabetes tipo 2.
Captación en Consulta de Medicina y Enfermería.
El paciente es citado en consulta programada de enfermería .
Se identifican factores de riesgo : Tabaco, enfermedades cardiovasculares, evolución y control de la diabetes, neuropatías, problemas locales en los pies.
Exploración: Palpación de pulsos periféricos, monofilamento, diapasón, doppler en ausencia de pulsos palpables
Clasificación del riesgo: Riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto, pie ulcerado.
Personal de enfermería y medicina .
Material necesario para una correcta exploración.
Sesiones formación 1 semestral.
Protocolo anexo I

INDICADORES

Nº de exploraciones de pie diabético/ nº de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Objetivo 50%.
Nº de exploraciones de pie en las que se identifican factores de riesgo/nº total de exploraciones
Nº de exploraciones en las que haya valoración del riesgo / nº total de exploraciones . Objetivo 75%
Realización de dos sesiones de formación.
Evaluación semestral.

DURACIÓN

Evaluación semestral de los indicadores.
Elaboración de protocolo noviembre 2016
sesiones de formación diciembre 2016 y junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE DOLORES CASTARLENAS SANMARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORNIES LACOSTA PILAR
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
PUEYO ACIN ARANCHA
VISTUE TORNIL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos cuatro sesiones clínicas con el personal de enfermería del Centro de salud, dos teóricas y dos prácticas. Se puso de manifiesto la necesidad de explorar el pie diabético, haciendo hincapié en la prevención.

Se ha confeccionado una guía de bolsillo, en la que se detallan los puntos importantes para la revisión del pie diabético. El objetivo es que se simplifique el procedimiento a seguir y se realice con la frecuencia recomendada.

Este guía se entrega a todos los enfermeros del Centro.

Se gestionó la petición de material para la exploración del pie diabético para todos los profesionales de enfermería del Centro y se recibieron los sets, a principios del año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el objetivo principal del proyecto de calidad consistía en aumentar las exploraciones del pie en el paciente diabético, tipo II, podemos resaltar el aumento de dichas exploraciones al conocer la cifra comparativa entre el 2017 y el 2018. El incremento fue de un 13%.
Nos hubiera gustado comparar el dato con el de fechas anteriores al inicio de este proyecto, que fue en 2016, pero no es procedente porque el registro no se hacía de la misma forma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras profundizar en el estudio de protocolos de exploración del pie diabético, con la información que aporta la experiencia diaria y con la puesta en común del personal de enfermería del Centro, llegamos a la conclusión de que lo más importante es educar al paciente en su autoexploración y concienciarlo de las medidas a tomar para evitar posibles lesiones posteriores. Además, el personal de enfermería debe realizar las exploraciones con la frecuencia recomendada, según los criterios de Edimburgo.

El objetivo es prevenir o detectar lo antes posible las lesiones, principalmente por medio de la observación del pie.

Del grupo de trabajo sale la necesidad de hacer, por lo menos una vez al año, una sesión clínica sobre exploración del pie diabético, y también en el caso de que entren nuevos profesionales al Centro. El objetivo es mantener la sensibilización alcanzada en estos dos años, que nos lleve a efectuar las exploraciones con la frecuencia necesaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/711 ===== ***

Nº de registro: 0711

Título
MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

Autores:
MAESTRE SANTOLARIA SIRA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, PUEYO ACIN ARANCHA, SALAS GUIRAL PAZ, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, MELER PARACHE GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Hemos analizado los datos de cartera de servicios, detectamos bajos resultados en la exploración del pie diabético. El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones.
La mayoría de las personas con pie diabético presentan enfermedad arterial periférica. La isquemia y la infección pueden estar presentes también. La neuropatía es una complicación microvascular que produce pérdida de sensibilidad en el pie, favoreciendo deformidades, una presión anormal, heridas y úlceras.
Las úlceras del pie diabético pueden ser prevenibles con una adecuada estrategia que comprenda cribado, clasificación del riesgo y medidas efectivas de prevención y tratamiento.
Todos estas complicaciones pueden ser modificadas y prevenibles, por eso pensamos que es importante aumentar la cobertura de esta exploración para cuantificar el riesgo.
La guía NICE recomienda realizar el cribado del pie diabético a pacientes ambulatorios con DM2 para identificación y tratamiento de pacientes de alto riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar de la cobertura en la exploración del pie diabético.
Identificar los factores de riesgo para desarrollar pie diabético.
Valoración del riesgo del pie diabético .

MÉTODO
Población diana :Paciente diagnosticado de diabetes tipo 2.
Captación en Consulta de Medicina y Enfermería.
El paciente es citado en consulta programada de enfermería .
Se identifican factores de riesgo : Tabaco, enfermedades cardiovasculares, evolución y control de la diabetes, neuropatías, problemas locales en los pies.
Exploración: Palpación de pulsos periféricos, monofilamento, diapasón, doppler en ausencia de pulsos palpables
Clasificación del riesgo: Riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto, pie ulcerado.
Personal de enfermería y medicina .
Material necesario para una correcta exploración.
Sesiones formación 1 semestral.
Protocolo anexo I

INDICADORES
Nº de exploraciones de pie diabético/ nº de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Objetivo 50%.
Nº de exploraciones de pie en las que se identifican factores de riesgo/nº total de exploraciones
Nº de exploraciones en las que haya valoración del riesgo / nº total de exploraciones . Objetivo 75%
Realización de dos sesiones de formación.
Evaluación semestral.

DURACIÓN
Evaluación semestral de los indicadores.
Elaboración de protocolo noviembre 2016
sesiones de formación diciembre 2016 y junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ELISA TORRES CLEMENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUERTOLAS MAYAYO ROSA
ORTEGA CASTRILLO ITZIAR
ACIN GARCIA SANTIAGO
PIÑOL JANE ANA
BUERA BROTO MARIA DOLORES
PUEYO GARCIA MARIA CONCEPCION
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? Se ha realizado un flujograma para la organización de la consulta, en el que se definen: indicación de la MAPA, petición vinculada a episodio HTA OMI, actividades de la consulta enfermería, realización e interpretación de la MAPA y designar responsables.

? Se ha consensado las indicaciones para la realización de la MAPA.

? Se ha elaborado Hoja Instrucciones al Paciente.

? Se ha creado una agenda específica MAPA para la citación de los pacientes.

? se ha realizado una sesión de formación de lectura e interpretación de los datos.

? se ha explicado al EAP la organización de la consulta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 20 MAPAS, de los cuales las lecturas fueron correctas en un 100%. El tiempo medio de espera para la realización fué de 21 días.

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA es del 31%.

El 80% de los registros son patológicos.

El 10% fenomeno de bata blanca.

El 45% son no DIPPER

El 10% DIPPER extremo.

El 10% RISSER.

En el 80% de los pacientes explorados hubo cambio de tratamiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfacción de los profesionales que han derivado a sus pacientes para realización de MAPA es alta porque da mucha información del ritmo circadiano de la presión arterial y ayuda en la toma de decisiones.

Hay que mejorar la participación y formación de los miembros del EAP.

Estandarizar los informes.

Los registros de las actividades del paciente durante la exploración.

Los registros en EXCEL de las características del paciente.

Sesiones de formación.

Colaborar en la implementación en otros centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/970 ===== ***

Nº de registro: 0970

Título
IMPLANTACION EXPLORACION DE LA MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
TORRES CLEMENTE ELISA, PUERTOLAS MAYAYO ROSA, MARTINEZ CARRILLO JUAN, ACIN GARCIA SANTIAGO, PIÑOL JANE ANA, BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

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

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

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbilidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuentes en atención primaria (AP). La clasificación de los pacientes como hipertensos tiene importantes repercusiones sobre su vida. La presión arterial (PA), es una variable biológica que experimenta fluctuaciones a lo largo de las 24 horas dependiendo del período de actividad/descanso (ritmo circadiano o nictameral). En la HTA estas oscilaciones pueden hacerse más ostensibles, y a veces no predecibles, lo que hace muy útil conocer el perfil de estas modificaciones para un mejor diagnóstico, para establecer el pronóstico y asegurar un adecuado tratamiento de cada paciente. La MAPA es una de las técnicas disponibles actualmente para el diagnóstico y control de la PA, ha demostrado ser mejor predictor de morbilidad cardiovascular, consiste en la realización de múltiples medidas fuera de la consulta, durante un periodo de 24-48 horas, en las que el individuo realiza, la actividad física y laboral habitual. Permite identificar a los pacientes con HTA con fenómeno de bata blanca, demuestra la presencia de HTA nocturna y observar la variabilidad de la PA y la eficacia de los tratamientos durante 24 horas. Hoy en día, las diferentes sociedades científicas incluyen a la MAPA en la evaluación y manejo del paciente hipertenso (NICE, 2011; Hermida RC, 2013; O'Brien E, 2013; Hackam DG, 2013). Los pacientes en los que está indicada la realización de MAPA tienen que ser enviados al hospital.

Actualmente en el Centro de Salud hay profesionales con formación (FOCUSS) para poder realizar la prueba en AP.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- Disminuir la morbilidad cardiovascular
- Disminuir tiempos de espera. Evitar tener que derivar al hospital para realizar la MAPA
- Mejora de la seguridad del paciente
- 1. Sobre los profesionales
 - Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes para todos los profesionales del EAP.
- 2. Sobre la organización / recursos económicos
 - Mejorar la capacidad de resolución de atención primaria.
 - El proyecto tiene como objetivo introducir en nuestro centro de salud la exploración de la MAPA (motorización ambulatoria de la presión arterial).

Nuestro centro de salud esta dotado de monitor MAPA.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantación progresiva de la MAPA, en nuestro centro de salud para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial .
 - Definir el flujograma para la realización e interpretación de la MAPA y designar responsables.
 - Realización de protocolo consensuado para la priorización de pacientes y acciones posteriores. Aunque idealmente sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de todos los hipertensos incluso de todos los individuos de alto riesgo vascular, esta medida probablemente no sea coste/efectiva al menos de momento, por lo que existen una serie de indicaciones internacionalmente admitidas:
 - ? Hipertensión de "bata blanca" y efecto bata blanca.
 - ? Hipertensión refractaria.
 - ? Síntomas de hipotensión con tratamiento antihipertensivo.
 - ? Valoración de necesidad de modificación terapéutica (*)
 - ? Hipertensión episódica (*)
 - ? Disfunción autónoma (diabetes) (*)
 - ? Hipertensión oculta (fenómeno de bata blanca inverso)
- (*): Indicaciones no admitidas universalmente. el registro de 24 horas tiene una reproducibilidad aceptable y ha demostrado que tiene un mayor valor pronóstico que la PA en clínica. Es la mas habitualmente utilizada en clínica y en estudios de investigación, excepto por algún grupo con amplia experiencia .
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.

MÉTODO

- Sesiones de formación
- Definir flujogramas
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
 - ? Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora
- La implantación de la MAPA, sería un servicio nuevo en nuestro centro de salud para lo cual se creará consulta específica MAPA, con agenda independiente.
 - ? Adiestramiento de enfermería para las instrucciones al paciente, colocación y retirada.
 - ? Formación profesionales de medicina para lectura, interpretación y análisis de los datos.
- Difusión en el EAP. Sesión de formación
- Implantación progresiva en otros centros de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

INDICADORES

- % de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.
- % de pacientes derivados a consulta que no se ajustan a protocolo Indicadores clínicos:
- % de pacientes con diferencias entre presión diurna y nocturna
- % de pacientes con fenómeno bata blanca.
- % de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

DURACIÓN

- Sesiones de formación primer trimestre 2017.
- Aprobar el protocolo y difusión en EAP primer trimestre 2017
- Definir flujogramas .
- Crear agenda y consulta específica de medicina y enfermería segundo trimestre de 2017.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora semestralmente.
- Implantación progresiva en varios centros de salud segundo semestre 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 - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ARNAL TORRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO ACIN ARANCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó primero la presentación del proyecto al EAP y posteriormente el taller.
- Realización de 4 talleres en distintas residencias de la zona de salud de Barbastro, dirigidas a los profesionales y cuidadores y familiares de las mismas.
- Se utilizó materiales didácticos tipo tripticos y taller práctico demostrativo con jeringas, espesantes, alimentos cocinados....
- Los talleres se realizaron según cronograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad queda por pasar la encuesta posterior a los talleres.
Como resultados subjetivos durante este proceso se ha observado que ha mejorado la técnica: se ha retirado el uso de jeringas de alimentación.
Como resultado objetivo se ha comprobado en una residencia en concreto que no consta en agenda ningún aviso por broncoaspiración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quedan pendientes:

- Ampliar la formación a todas las residencias.
- Pasar la encuesta posterior a la formación, realizar una valoración comparativa de la encuesta previa.
- Realizar una charla de recuerdo en cada residencia pasados unos tres meses del taller

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1550 ===== ***

Nº de registro: 1550

Título
ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
ARNAL TORRES ANA MARIA, PUEYO ACIN ARANCHA, VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Justificación de la actividad comunitaria: Los últimos estudios del 2015 realizados por el Ministerio de Sanidad demuestran que la Disfagia Orofaringea afecta a un 84% de las personas con Alzheimer, 50% de los pacientes con PARKINSON y entre un 10%-30% de los pacientes tras sufrir un ICTUS. Así como dichos estudios indican que entre un 40 %-50% de nuestros ancianos presentaran PRESBIFAGIA (disfagia por el proceso de envejecimiento).
Ámbito de aplicación: Programa piloto: Residencia de Estadilla, la cual cuenta con 68 residentes y un 25% -30% de pacientes con prescripción de espesante.
Nuestra meta es conseguir con este programa piloto en dicha residencia que las personas con disfagia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

orofaríngea reciban una alimentación EFICAZ Y SEGURA disminuyendo las complicaciones e ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.

Cuidadores de residencias (auxiliares de enfermería, gerocultoras, familiares.

Objetivos de la Actividad:

- 1- Identificar los grupos de riesgo y los principales signos y síntomas de disfagia en ancianos institucionalizados
- 2- Detectar precozmente la disfagia orofaríngea en los grupos de riesgo.
3. Fomentar la realización de planes de cuidados específicos e individualizados en disfagia orofaríngea.
4. Disminución ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACIÓN .

MÉTODO

Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.

Si sospecha disfagia por síntomas de alerta se realiza cribado por parte de enfermera de AP (Anexo I). Se cita al paciente con el medico de familia para ínter -consulta con geriatría (realización test de disfagia).Tras el diagnóstico se incluirá al paciente programa piloto de cuidados específicos en residente con disfagia orofaríngea,realizados por el personal cuidador de la residencia.

Se realizaran las siguientes actividades de formación para cuidadores de residencia:

Taller de abordaje en persona con disfagiaorofaríngea: signos y síntomas de alerta cuidados específicos y tratamiento individualizado.

Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.

Recordatorio del taller pasados tres meses. Se pasara test de conocimiento antes del taller y posterior a los tres meses.

Recordatorio test (ANEXO II)

Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:

Enfermeras del Centro de Salud de Barbastro: Ana M^a Arnal Torres, Arancha Pueyo Acín, Noemí Valdovinos Fernández. Cuidadores de residencia.

Materiales didácticos: Guía rápida con RECOMENDACIONES PARA PERSONA CON DISFAGIA OROFARÍNGEA.

Listado de registro de pacientes incluidos en dicho programa (Anexo III)

INDICADORES

-Nº de pacientes hospitalizados por causa relacionada con la disfagia/N^a de pacientes con disfagia en la residencia.

-Nº de cuidadores asistentes al curso (proporción)

-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)

-Nº de cuidadores a los que pasados 3 meses de la formación, han obtenido la calificación de medio ó alta(tes de conocimiento de disfagia)/ Nº de cuidadores que han realizado el curso.

DURACIÓN

El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:

--Se empezará por detectar la prevalencia de pacientes con Disfagia en la residencia.

-Presentación del Proyecto al equipo

-Captación de cuidadores y familiares implicados con las comidas de los pacientes en la residencia.

-Se pasará el Tes de conocimiento de Disfagia, seguidamente de impartirta el taller.

-Pasados tres meses en enero de 2018 se volvera a pasar el tes de conocimiento y se volvera a realizar el taller de recuerdo.

-Evaluación de resultados.

-En el segundo semestre de 2018, se realizará el taller en dos residencias de Barbastro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 11/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ARNAL TORRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO ACIN ARANCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Tras realizar los talleres en las cinco residencias de la Zona Básica de Salud del Sector Barbastro (Memoria 12/01/2018) se extrapolo dicho taller a la Asociación de Alzheimer de Barbastro, Centro de Día Edad 3 de dicho municipio, así como a las Residencias de Mayores de la localidades de Ainsa y Benabarre, finalizando en el Hogar de Mayores del IASS de Barbastro. La población a la que iba dirigida era igualmente profesionales sanitarios, cuidadores, trabajadores y familiares vinculados con ancianos con dicho trastorno de la deglución y relacionados con dichas asociaciones y residencias. El objetivo como en los anteriores talleres fue visualizar este trastorno de la deglución, dando a conocer su concepto, la población más prevalente a padecerlo, la identificación precoz de signos y síntomas así como las complicaciones relacionadas con la eficacia y la seguridad en los ancianos que la sufren y la elaboración en ellos de un plan de cuidados específicos e individualizados.

-La dinámica de los talleres se apoyo en la presentación de la exposición en formato power-point y visualización posterior del video sobre disfagia elaborado por CADIS-HUESCA, así como en la demostración práctica del uso y manejo de espesantes, elaboración de recetas culinarias adaptadas en textura y cata posterior de dichos platos culinarios. Se les hizo entrega a todos los asistentes al taller de material didáctico y formativo de lo explicado durante la sesión.

-A destacar fue la realización de dicho taller en el Centro de Salud de Binefar dirigida exclusivamente a médicos y enfermeras de dicho centro de salud cuyo objetivo fue que estos llevaran a cabo dichos talleres de disfagia en su Zona Básica de Salud. Se utilizo la misma dinámica activa tanto en la exposición como en la demostración práctica del uso de espesantes y recetas culinarias adaptadas en textura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha visualizado la disfagia y se ha dado a conocer dicho trastorno olvidado e infradiagnosticado en nuestros ancianos, el boca a boca hizo que todos los talleres fueran solicitados por correo electrónico a la Dirección de Enfermería del Sector Barbastro autorizando la realización de estos en todas las asociaciones y residencias que lo solicitaban.

-Se ha objetivado a través del sistema OMI-AP que los ancianos que presentaban disfagia orofaríngea en las cinco residencias de nuestra zona básica de salud no han presentado ingresos hospitalarios por broncoaspiración en este último año.

-Se ha consultado telefónicamente con las direcciones de todas las residencias, asociaciones y centros donde se ha impartido el taller y han constatado una mejor calidad de vida de estos ancianos con dicho trastorno y un mejor cuidado en ellos posteriormente a la realización de dicho taller formativo.

-Se ha incorporado un robot de cocina en la Residencia de Estadilla para mejorar la textura de los alimentos en las dietas de los ancianos con disfagia orofaríngea.

-Inclusión como profesionales sanitarios en el grupo de trabajo de Gastronomía Inclusiva (H+I) llevado a cabo por CADIS-HUESCA cuyo objetivo es mejorar la situación a la que se enfrentan diariamente personas con discapacidad y/o dependencia así como personas mayores, los cuales se ven obligados a seguir una dieta basada en alimentos triturados debido a la disfagia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-A lo largo de estos años impartiendo estos talleres sobre disfagia orofaríngea, la mejor motivación para continuar con esta actividad comunitaria es seguir formando a la población para que ellos a su vez sean formadores también en dicho trastorno de la deglución y todos juntos mejoremos la calidad de vida de nuestros ancianos con disfagia orofaríngea.

7. OBSERVACIONES.

-Continuaremos formando en disfagia orofaríngea durante el presente año.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1550 ===== ***

Nº de registro: 1550

Título
ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
ARNAL TORRES ANA MARIA, PUEYO ACIN ARANCHA, VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Justificación de la actividad comunitaria: Los últimos estudios del 2015 realizados por el Ministerio de Sanidad demuestran que la Disfagia Orofaringea afecta a un 84% de las personas con Alzheimer, 50% de los pacientes con PARKINSON y entre un 10%-30% de los pacientes tras sufrir un ICTUS. Así como dichos estudios indican que entre un 40 %-50% de nuestros ancianos presentaran PRESBIFAGIA (disfagia por el proceso de envejecimiento).

Ámbito de aplicación: Programa piloto: Residencia de Estadilla, la cual cuenta con 68 residentes y un 25% -30% de pacientes con prescripción de espesante.

Nuestra meta es conseguir con este programa piloto en dicha residencia que las personas con disfagia orofaríngea reciban una alimentación EFICAZ Y SEGURA disminuyendo las complicaciones e ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.

Cuidadores de residencias (auxiliares de enfermería, gerocultoras, familiares.

Objetivos de la Actividad:

- 1- Identificar los grupos de riesgo y los principales signos y síntomas de disfagia en ancianos institucionalizados
- 2- Detectar precozmente la disfagia orofaríngea en los grupos de riesgo.
3. Fomentar la realización de planes de cuidados específicos e individualizados en disfagia orofaríngea.
4. Disminución ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACIÓN .

MÉTODO

Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.

Si sospecha disfagia por síntomas de alerta se realiza cribado por parte de enfermera de AP (Anexo I). Se cita al paciente con el medico de familia para inter -consulta con geriatría (realización test de disfagia).Tras el diagnóstico se incluirá al paciente programa piloto de cuidados específicos en residente con disfagia orofaríngea,realizados por el personal cuidador de la residencia.

Se realizaran las siguientes actividades de formación para cuidadores de residencia:

Taller de abordaje en persona con disfagiaorofaringea: signos y síntomas de alerta cuidados específicos y tratamiento individualizado.

Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.

Recordatorio del taller pasados tres meses. Se pasara test de conocimiento antes del taller y posterior a los tres meses.

Recordatorio test (ANEXO II)

Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:

Enfermeras del Centro de Salud de Barbastro: Ana Mª Arnal Torres, Arancha Pueyo Acín, Noemí Valdovinos Fernández.

Cuidadores de residencia.

Materiales didácticos: Guía rápida con RECOMENDACIONES PARA PERSONA CON DISFAGIA OROFARÍNGUEA.

Listado de registro de pacientes incluidos en dicho programa (Anexo III)

INDICADORES

-Nº de pacientes hospitalizados por causa relacionada con la disfagia/Nª de pacientes comm disfagia en la residencia.

-Nº de cuidadores asistentes al curso (proporción)

-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)

-Nº de cuidadores a los que pasados 3 meses de la formación, han obtenido la calificación de medio ó alta(tes de conocimiento de disfagia)/ Nº de cuidadores que han realizado el curso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

DURACIÓN

El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:

- Se empezará por detectar la prevalencia de pacientes con Disfagia en la residencia.
- Presentación del Proyecto al equipo
- Captación de cuidadores y familiares implicados con las comidas de los pacientes en la residencia.
- Se pasará el Tes de conocimiento de Disfagia, seguidamente de impartirta el taller.
- Pasados tres meses en enero de 2018 se vlvvera a pasar el tes de concimiento y se volvera a realizar el taller de recuerdo.
- Evaluación de resultados.
- En el segundo semestre de 2018, se realizará el taller en dos residencias de Barbastro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA PLAYAN CARRODILLA
CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES
BISTUE TORNIL BEATRIZ
FORNIES LACOSTA PILAR
BLASCO OLIETE MELITON
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Presentación del proyecto al EAP
- Taller de inhaladores al EAP
- Reuniones de los componentes del equipo del proyecto para preparar las sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Participación del 95% de los profesionales del EAP a la presentación y al taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En este momento se están preparando las presentaciones para la formación a los grupos de pacientes.
- Un subgrupo de este equipo está realizando una captación para el aumento de cobertura de los pacientes con registro de EPOC.
- Como todavía no se han iniciado las sesiones formativas a grupos de pacientes queda pendiente para este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, BISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, BLASCO OLIETE MELITON, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias.
La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan participe activo en el cuidado de su enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida. A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERAL

Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

ESPECIFICOS:

- 1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
- 2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
- 3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometria con FEV1 < 70 con broncodilatación).

Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

MÉTODO

METODOLOGIA

- 1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
- 2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
- 3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
- 4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
- 5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
- 7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción...) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

INDICADORES

INDICADORES

- 1- N° de profesionales asistentes al taller/ N° de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
- 2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores, N° de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ N° total de pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

El proyecto comenzara en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartándose en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)

1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO

Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017

3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.

5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre- diciembre del 2017

6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC

7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON 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 - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA PLAYAN CARRODILLA
CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES
VISTUE TORNIL BEATRIZ
FORNIES LACOSTA PILAR
BLASCO OLIETE MELITON
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de las sesiones de formación consensuadas con todos los componentes del proyecto y de las hojas-resumen de lo impartido en cada sesión para entregar a los pacientes.
Selección de pacientes. En la consulta de enfermería y medicina de referencia ya se les había explicado en que iba a consistir el plan de formación, no obstante por teléfono se confirma su participación y se les cita en consulta para una entrevista previa con las enfermeras responsables del proyecto (evaluación inicial anexo I)
Se imparten 4 sesiones de formación (1 sesión semanal de 1 hora y media) a 10 pacientes, junto a algunos familiares cuidadores acompañantes. En cada sesión se entrega información escrita sobre lo hablado y se evalúa la asimilación de lo impartido en la sesión anterior.
15 días después de terminadas las sesiones se programa cita en consulta con las enfermeras del proyecto (evaluación post-formación anexo I) y se cita a los 3 meses con su enfermera de referencia para control y nueva evaluación de conocimientos (anexo I).
Se realiza sesión clínica al EAP sobre inhaladores.
Se informa al EAP de los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-En el análisis de los resultados de los test sobre conocimientos realizados pre y post -formación se objetiva en todos los pacientes una mejora en los conocimientos sobre su enfermedad.
-Previo al inicio de la sesión sobre el uso inhaladores se realiza test para evaluación de la técnica inhalatoria, este test se repite al inicio de la siguiente sesión y en las consultas posteriores (15 días después de la formación y a los 3 meses). los errores detectados en la 1ª evaluación en la gran mayoría de los casos en los controles posteriores se han corregido, no obstante en cada consulta se hace un recordatorio de la técnica correcta, así como de las técnicas y ejercicios para realizar una fisioterapia efectiva
-Se realiza sesión clínica al EAP sobre la EPOC y el uso correcto de inhaladores, con asistencia a la misma de un 70 % del personal

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de las dificultades para compaginar el trabajo asistencial del día a día y poder impartir la formación, los resultados obtenidos con los pacientes y sus familiares nos animan a seguir con el proyecto durante este año y a ser posible impartir formación en 2 periodos (mayo y octubre) como en principio teníamos programado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, BLASCO OLIETE MELITON, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias. La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan participe activo en el cuidado de su enfermedad. Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida. A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

RESULTADOS ESPERADOS GENERAL

Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

ESPECIFICOS:

- 1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
- 2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
- 3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:
Pacientes con diagnóstico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometria con FEV1 < 70 con broncodilatación).
Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

MÉTODO

METODOLOGIA

- 1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
- 2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
- 3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
- 4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
- 5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
- 7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción...) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

INDICADORES

INDICADORES

- 1- N° de profesionales asistentes al taller/ N° de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
- 2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores,
N° de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ N° total de pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

El proyecto comenzara en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartiendo en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)

- 1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO

Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017

3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.

5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre- diciembre del 2017

6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC

7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA PLAYAN CARRODILLA
CASTARLENAS SANMARTIN LOLA
FORNIES LACOSTA PILAR
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
ANIA MELON JAVIER
LOZANO ALONSO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha impartido una sesión al EAP sobre EPOC y uso correcto inhaladores
-Con la finalidad de detectar pacientes con EPOC que no estén correctamente diagnosticados, se ha realizado un estudio de todos los pacientes que en su tratamiento crónico tienen pauta de medicación inhalada y se han clasificado por profesional . Los listados con los resultados se han enviado a cada profesional para que corrijan y cambien, si procede, el diagnóstico del episodio .
- Se ha impartido nueva tanda de sesiones de formación a pacientes diagnosticados de EPOC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Un 60% del personal del EAP participo en la sesión sobre EPOC e Inhaladores
- El estudio sobre si se ha aumentado el porcentaje de diagnóstico EPOC en el Centro todavía no se ha terminado y aunque de forma objetiva se van detectando mas diagnósticos EPOC, hasta que se terminen de estudiar todos los casos, no se podrán dar resultados comparativos de antes y después del estudio.
- De todos los pacientes a los que se impartió formación, solo uno de ellos faltó a una sesión.
- El 80% de pacientes del grupo de educación grupal tenía tratamiento con inhalador de polvo seco. Frente a un 20%, que estaban con tratamiento combinado (polvo seco y sistemas presurizados). En la valoración del test realizado previo a la formación, el 37.5 % tuvo un error, el 25% 2 errores, el 12.5 % 3 errores, el 12,5 % 4 errores, el 12.5 6 errores.
De los pacientes que estaban en trat.con sistemas presurizados (20% del total) el 50% cometió 4 errores el otro 50% no cometió ningún error.
-Después de la formación el 50% no cometió ningún error, el 33,3% cometió un error y el 16,67% cometió 2 errores.
-También se han analizado el test de conocimientos Pre-formación, post -formación (15 días después) y 3 meses después de la formación.
-La valoración global de los pacientes a los que se les ha impartido formación y su grado de satisfacción es muy alta, solo en algún caso se ha cuestionado el sitio donde se imparten las sesiones (salón de actos). Las características estructurales del Centro son muy deficientes pero no se dispone de un sitio mejor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los resultados obtenidos durante estos 2 años en que han ido impartiendo sesiones de formación creemos que esta actividad debe pasar a formar parte de la oferta que nuestro centro da sus usuarios y continuaremos dando sesiones de formación en grupo a los pacientes EPOC

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, BLASCO OLIVAR MELITON, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias.
La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan partícipe activo en el cuidado de su enfermedad.
Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.
A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

RESULTADOS ESPERADOS GENERAL

Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

ESPECIFICOS:

- 1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
- 2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
- 3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:
Pacientes con diagnóstico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometría con FEV1 < 70 con broncodilatación).
Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

MÉTODO

METODOLOGIA

- 1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
- 2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
- 3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
- 4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
- 5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
- 7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción...) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

INDICADORES

INDICADORES

- 1- N° de profesionales asistentes al taller/ N° de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
- 2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores,
N° de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ N° total de pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

El proyecto comenzara en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartándose en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)

1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO

Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

- 3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA
- 4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.
- 5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre- diciembre del 2017
- 6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMARIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC
- 7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1559

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN FUERTES JOSE JAVIER
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION
MUR MURO MARIA TERESA
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones formativas, en numero de 6, dirigidas a población agrupada en colectivos sociales como colegios en la zona, residencia de ancianos, asociación de amas de casa, así como en el propio centro de salud. Para ello se ha dispuesto de material audiovisual y de locales cedidos por los distintos colectivos. Dos sesiones dirigidas personal al cuidado de ancianos en Residencia de Mayores de Benabarre: "Actitud frente a la complicación en el paciente afecto DM, manejo de los bolígrafos de insulina" ; "Uso de medicamentos en ancianos: formas de administrarlos, interacciones...". Dos sesiones dirigidas a alumnos de los colegios públicos de Benabarre y CEIP Joaquin Costa de Graus: "Primeros auxilios" y "Proyecto Hospital: el sistema cardiovascular desde enfermería". Una sesión dirigida a la asociación de Amas de Casa de Benabarre: "La patología del Tiroides". Una sesión dirigida a profesionales del centro de salud y de la residencia de ancianos: "Codigo IAM"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A destacar la alta participación e implicación de la población a quien se dirigen estas actividades. Se han realizado 6 sesiones a lo largo del año sobre las 4 previstas inicialmente. Se han realizado encuestas de satisfacción, así como, valoración por parte de los responsables de las distintas asociaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Destacamos el interés suscitado en los responsables de los distintos colectivos a quienes iba dirigido el presente proyecto, así como la demanda de continuidad en la realización de distintas actividades formativas en la población de nuestra zona en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1559 ===== ***

Nº de registro: 1559

Título
EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Autores:
CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER, MARTIN FUERTES JOSE JAVIER, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, LATORRE AGUILAR IGNACIO, MUR MURO MARIA TERESA, LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de impartir educación sanitaria en la población respecto a las patologías más prevalentes y en urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1559

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Decidido por consenso del EAP.
Estrategia de intervención comunitaria

RESULTADOS ESPERADOS

Promoción hábitos saludables en la comunidad.
Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos dependientes.
Difusión en la población de conceptos básicos en primeros auxilios.
Educación a grupos de pacientes crónicos.

MÉTODO

Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos.
Charlas participativas desarrolladas a lo largo del año.
Locales habilitados en colegio, ayuntamiento, centro de salud...

INDICADORES

Realización de, al menos, 4 actividades en relación a lo expuesto a lo largo del año.
Encuestas de opinión (valoración de los asistentes, valoración personal docente...)

DURACIÓN

A realizar durante el año.
Comunicar en Consejo de Salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1579

1. TÍTULO

GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA CASTRO CUBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODINA MARCET MIREYA
MUZAS BERGES PAZ
ALQUEZAR LABAD MARISA
LATORRE AGUILAR IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISION SISTEMATICA, CON PERIODICIDAD MENSUAL, DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, POR PARTE DE LA PERSONA DESIGNADA, DE ACUERDO A NUESTRO PO CON EL CONSECUENTE REGISTRO EN ANEXOS 10 Y 11.
REALIZACION DE TALLERES DE "REFRESCO" CON FECHAS 27/3/2017 Y 4/9/2017 CON ASISTENCIA DEL 100% DEL PERSONAL SANITARIO DEL EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CORRECTA CUMPLIMENTACION DE RESULTADOS REVISIONES PERIODICAS EN DOCUMENTO CORRESPONDIENTE (ANEXOS 10 Y 11) CON LAS CORRECCIONES OPORTUNAS SI PROCEDIERON.
REALIZACION DE TALLERES DE "REFRESCO" CON FECHAS 27/3/2017 Y 4/9/2017 CON ASISTENCIA DEL 100% DEL PERSONAL SANITARIO DEL EAP Y ALTA SATISFACCION EXPRESADA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SI BIEN EL PROYECTO DE MEJORA SE ESTABLECIO PARA UN LIMITE TEMPORAL DE UN AÑO, SE CONSTATA LA NECESIDAD DE SU CONTINUACION EN EL TIEMPO DADO EL INTERES SUSCITADO Y LA TRANQUILIDAD GENERADA EN TODO EL PERSONAL CON TAREAS ASISTENCIALES.
LAS REVISIONES PERIODICAS EVITAN LA EXISTENCIA CADUCIDADES SOBREPASADAS, DESORDEN DEL MATERIAL EN MALETINES...
ASI MISMO, LOS TALLERES DE REFRESCO, PERMITEN AL PERSONAL MANTENERSE AL DIA EN CUANTO A LA UBICACION, UTILIZACION, Y DISTRIBUCION DEL MATERIAL Y MEDICAMENTOS DE LOS MALETINES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1579 ===== ***

Nº de registro: 1579

Título
GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Autores:
CASTRO CUBERO ROSA MARIA, CODINA MARCET MARIA ASUNCION, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, MUZAS BERGES PAZ, ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA, LATORRE AGUILAR IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atencion a la urgencia fuera del centro de salud
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Maletines de urgencias susceptibles de ser utilizados por todo el personal sanitario del centro de salud.
Necesidad detectada de talleres de "refresco" periódicos respecto al material existente y su utilización en situaciones de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Estado de los maletines de urgencias y de su contenido siempre en perfecto estado para su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1579

1. TÍTULO

GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Personal sanitario del centro de salud entrenado para su manejo.

MÉTODO

Revisión de los maletines con periodicidad mensual por responsable designado de acuerdo al PO establecido.
Taller semestral de "refresco" en el manejo de los maletines y su contenido.

INDICADORES

Valoración anual hojas de registro de actividades establecidas según PO (anexos 10 y 11) correctamente cumplimentadas.
Hojas de registro de asistencia a talleres de "refresco" cumplimentadas por todo el personal sanitario del centro.

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 - 2016/1584

1. TÍTULO

ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VENTURA SAURA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR LABAD MARISA
CASTRO CUBERO ROSA
LATORRE AGUILAR IGNACIO
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PACIENTES CON EPISODIO DE DM II ABIERTO EN OMI CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR ENFERMERIA Y MEDICINA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA:
INSPECCION DE PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)
VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, SENSIBILIDAD, REFLEJOS...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADO A FINAL 2017 INFERIOR AL 40% SOBRE LO INICIALMENTE PRESUPUESTADO PARA EL AÑO. OBJETIVO INICIAL PARA EL AÑO EXCESIVAMENTE AMBICIOSO.
PROYECTO A CONTINUAR EN 2018.
-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.
-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBVIA LA NECESIDAD DE MANTENER EL PROYECTO DADA LA IMPORTANCIA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO ADECUADOS DE LA PATOLOGIA DEL PIE EN EL PACIENTE DIABETICO.
NECESIDAD DE INSISTIR, POR PARTE DE MEDICINA Y ENFERMERIA, A PACIENTES AFECTOS DM PARA QUE ACUDAN CONSULTA PROGRAMADA UNA VEZ CITADOS (CONCIENCIAR DE LA IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES DEL PIE EN EL DIABETICO).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1584 ===== ***

Nº de registro: 1584

Título
ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DABETICO

Autores:
VENTURA SAURA MARIA PILAR, ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA, CASTRO CUBERO ROSA MARIA, LATORRE AGUILAR IGNACIO, LACAMBRA CALVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO INSTRUYENDO EN EL CUIDADO DEL PIE DIABETICO TANTO AL PROPIO PACIENTE COMO AL PERSONAL SANITARIO RESPONSABLE.

RESULTADOS ESPERADOS
ADIESTRAR AL PACIENTE EN LA DETECCION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD "PIE DIABETICO".
EVITAR COMPLICACIONES "PIE DIABETICO".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1584

1. TÍTULO

ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

EVITAR AMPUTACIONES.

MÉTODO

PACIENTES CON EPISODIO DE DM ABIERTO EN OMI SERAN CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR MEDICINA Y ENFERMERIA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA.

INSPECCION PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)

VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, Tª, SENSIBILIDAD, REFLEJOS)

INDICADORES

ANUAL: CUMPLIMIENTO AL 80 % DE PACIENTES CON EPISODIO DE DM.

-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

DURACIÓN

VALORACION ANUAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBANO RIVARES MARIA JESUS
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
MONTERO MORATA CARLOS
GUILLEN SOLANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas en este proyecto han sido revisión del material de la sala de urgencias y de los maletines de urgencias.

En ella han participado varios miembros del EAP, realizando la revisión de forma mensual.

Esta revisión del material y las caducidades la registramos en el ordenador (carpeta ISO).

Queda registrado en la Hoja creada para este proyecto las firmas de las Personas que la realizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este proyecto el 100% de los Miembros del EAP han participado en la revisión del material de la sala y de maletines de urgencias.

Objetivo >80%

Las revisiones han sido realizadas en un 100% el objetivo es >90%.

Los indicadores utilizados han sido:

- N° miembros del EAP que participa en la revisión del material.
- Revisiones realizadas en tiempo y forma / revisiones programadas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos decidido continuar con este proyecto, la valoración ha sido muy positiva. En una situación de urgencia todo el material esta preparado, ordenado y con las caducidades de la medicación revisadas.

Consideramos que es muy importante tener la sala de urgencias ordenada y con el material revisado para poder dar una mejor atención sanitaria a nuestros Pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1464 ===== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material. La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO

Para lograr los objetivos, en reunión de equipo se decidió realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES

Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN

La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMBRA FIERRO PILAR
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
CABREO CALVO MARIA CARMEN
GUILLEN SOLANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las revisiones de los maletines y la sala de Urgencias, de forma mensual, por parte de los miembros del EAP.

El material y las caducidades quedan registradas en el ordenador en la carpeta ISO.

Elaboramos una hoja de firmas, donde queda registrado el personal que realiza la revisión cada mes.

Se ha realizado de forma correcta todos los meses del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este proyecto evaluamos dos indicadores:

- Número de miembros del EAP que participan en la revisión del material.
- Revisiones realizadas en tiempo y forma/ revisiones programadas.

Durante este año se han conseguido ambos objetivos, >80% en el primer indicador, y >90% en el segundo indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo ha sido muy positiva, ya que en una situación de Urgencia es muy importante el orden en la sala y que todo el material esté actualizado en cuanto a su caducidad.

Se ha valorado con el EAP y hemos decidido continuar con este proyecto, aunque con algunas modificaciones para mejorarlo.

Para facilitar el trabajo de realizar las revisiones de maletines y sala de Urgencias, hemos consensado elaborar una nueva plantilla de registro, donde cada participante del EAP realizará una parte de la revisión que estará dividida en 9 bloques, a revisar por 9 participantes, que realizarán cada uno su parte, e irá rotando mensualmente.

Esta modificación se prevé que comenzará en el mes de Marzo de 2019.

Por eso, creemos pertinente continuar con este proyecto que nos parece muy interesante y se obtienen buenos resultados, ya que consideramos imprescindible que tanto los maletines como la sala de Urgencias esté ordenado y con toda la medicación revisada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1464 ===== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas. Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material. La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO

Para lograr los objetivos, en reunión de equipo se decidió realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES

Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN

La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMBRA FIERRO PILAR
CAMPO SANCHEZ JUDIT
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
GUILLEN SOLANO CARMEN
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
CABREIRO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los miembros del EAP de Berbegal han realizado las revisiones de los maletines y la sala de Urgencias de forma mensual.

Es un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que las medicaciones y el material están en condiciones adecuadas, comprobando las caducidades y que exista un stock mínimo consensuado por el EAP. Los listados con la medicación y el material se encuentran registrados en el ordenador en la carpeta ISO. Existe una hoja de firmas donde el personal que realiza la revisión cada mes, apunta la fecha de realización y su firma.

Este año 2019, desde el mes de Marzo elaboramos una nueva plantilla de registro de firmas, dividida en 9 bloques, para revisar por 9 participantes, cada uno realiza su parte correspondiente, y va rotando de forma mensual. Ha quedado registrado de forma correcta durante todo el año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que todos los meses se han realizado todas las revisiones por parte del EAP, hemos alcanzado los dos objetivos que se proponen en este proyecto:

-número de miembros del EAP que participa en la revisión del material (>80%)
-revisiones realizadas en tiempo y forma/revisiones programadas (>90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP se muestra satisfecho con este proyecto de mejora, dado que todo el material para utilizar en caso de urgencia está en óptimas condiciones, en cuanto a su fecha de caducidad como a su correcto funcionamiento. La opinión por parte de los participantes que realizan las revisiones sobre la nueva forma de división en bloques, ha sido satisfactoria, porque la revisión se realiza de una manera más exhaustiva y específica, dado que es menor el volumen de material a revisar por cada participante. Creemos oportuno continuar con este proyecto debido a la importancia de que todo el material se encuentre en perfecto estado, para garantizar una mejor atención a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1464 ===== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas. Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material.
La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO

Para lograr los objetivos, en reunión de equipo se decidió realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES

Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN

La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS MONTERO MORATA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAREZ GRACIA CRISTINA
GUILLEN SOLANO CARMEN
LOPEZ ALONSO ANGELES
LAPLAZA ARA SONIA
SALINAS GISTAU ANA MARIA
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%).
Resultado: 76%

2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%).
Resultado: 84%

3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes.(objetivo > 75%)
Resultado:79%

4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%).
Resultado 78%

5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%).
Resultado:

-Revisión microalbuminuria: 75%
-Revisión filtrado glomerular: 76%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el año ha habido problemas con el registro de los datos en el cuadro de mandos con el filtrado glomerular, la microalbuminuria, retinografías.
Por otra parte, cada año hay que hacer hincapié en la necesidad de seguir realizando estas actividades porque puede haber variaciones de la cobertura de estos indicadores y es necesario implicar al personal del EAP en la importancia de su realización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1526 ===== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
 - 2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
 - 3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes (objetivo > 75%)
 - 4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
 - 5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
- SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN

1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA JUAREZ GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALONSO ANGELES
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
CAMBRA FIERRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Pacientes con episodio de DM tipo 2 abierto en programa OMI captados de forma conjunta por Medicina y Enfermería mediante consulta programada.
Se realiza educación diabetológica, monitorización clínica y analítica, y los recursos humanos y materiales han sido personal del EAP y Cuadro de mandos de Diabetes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo: 81% (objetivo >80%)
2.Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de Hb. Alc en los últimos seis meses: 81% (objetivo >66 %)
3.Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes: 74% (objetivo >75%)
4.Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos tres años: 78% (objetivo >60%)
5.Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año: (objetivo >60%)
-revisión microalbuminuria: 80%
-revisión filtrado glomerular: 95%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han alcanzado todos los objetivos mejorando el seguimiento del paciente diabético, pero se debe continuar con el proyecto y la necesidad de insistir, por parte de Medicina y Enfermería a los pacientes afectados de DM 2, para que acudan a las consultas programadas una vez realizada la citación.
Se podría mejorar la accesibilidad al Cuadro de mandos de diabetes, para que la responsable de consultarlo pudiera acceder a los resultados del resto del EAP

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1526 ===== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNADO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
- 2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
- 3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes (objetivo > 75%)
- 4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
- 5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)

SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN

1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA JUAREZ GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALONSO ANGELES
SALAS MARIN PASCUAL
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
CAMBRA FIERRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Educación diabetológica, monitorización clínica y analítica. Los recursos humanos y materiales usados han sido personal del EAP y Cuadro de mandos de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo: 58%
Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de Hb. Alc en los últimos 6 meses: 62%
Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes: 77%
Porcentaje de pacientes diabéticos sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado retinografía de cribado en los últimos 3 años. Este objetivo se valorará en 2019.
Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año: revisión microalbuminuria 60%, revisión filtrado glomerular 86%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han alcanzado todos los objetivos, excepto el pie diabético y la revisión de Hb. Alc, debido a problemas en el EAP por traslado por concurso del responsable del proyecto y una larga baja laboral.
Evaluando los resultados, han estado por encima de la media tanto del sector de Barbastro como de Aragón.
Debemos seguir insistiendo en la necesidad de continuar realizando estas actividades, mejorando la cobertura de estos indicadores, que nos ayudan y son útiles para el control y la revisión del paciente diabético, evitando complicaciones y mejorando su pronóstico y calidad de vida.
Por lo tanto se realizará una revisión del Cuadro de mandos de Diabetes cada tres meses, para observar la evolución de los resultados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1526 ===== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
 - 2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
 - 3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes (objetivo > 75%)
 - 4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
 - 5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
- SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN

1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO GIMENO INMACULADA
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
RAMON CASANOVA RICARDO
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de una Hoja de Registro de las Interconsultas (IC) realizadas a Urgencias, en la que se hace constar la fecha, identificación del paciente, si se realiza IC por Telemedicina (ICxTM) o se deriva directamente a Hospital, y si la ICxTM resolvió o no el problema urgente.
Se realizó reunión de Equipo para explicar el contenido del Proyecto y datos a registrar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Vaciados los datos recogidos en las hojas de registro, los hemos relacionado con los datos extraídos de IC registradas en OMI, obteniendo los siguientes indicadores:
Número de ICxTM a Urgencias en 2017 = 4
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en 2017: $4/102 = 3,92$
Porcentaje de ICxTM sobre el total de pacientes: $4/1386 = 0,288$
Porcentaje de ICxTM resueltas sin derivar a Hospital: $4/4 = 100 \%$
Añadimos otro indicador no planteado en inicio pero que consideramos interesante por lo que relaciona:
- Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en horario de mañana: $4/86 = 4,65$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que en números absolutos se ha utilizado poco esta herramienta, pero en cambio se confirma su utilidad pues en todos los casos se ha solucionado la urgencia sin necesidad de derivar el paciente al hospital. Nos parece interesante el indicador que relaciona las ICxTM realizadas en horario de mañanas puesto que realmente refleja las posibilidades de esta herramienta, pues es en dicho tramo horario cuando disponemos de ella. Aunque el tramo horario de atención continuada es mayor, el volumen de consultas es mucho menor y se constata que la mayoría de las IC a Urgencias se realizan en el horario habitual de mañana.
Pensamos que esta herramienta es muy útil, pero somos conscientes de que cuesta su implantación. Si bien el porcentaje no parece elevado (alrededor del 4%), si se consiguiera que una cantidad similar de todas las IC a Urgencias se beneficiaran de ella, esa cifra sería "considerable", dado el volumen de urgencias hospitalarias que se registran al cabo del año.
Analizando los casos individuales, 3 de los ellos correspondían a patología traumatológica; curiosa coincidencia que fueron 3 fracturas vertebrales osteoporóticas, que tras realizar la placa se hizo la ICxTM y se resolvió de forma conjunta, con la participación del médico de urgencias y el especialista.
Hay que comentar que existe un sesgo de infrarregistro difícil de cuantificar. Los pacientes desplazados desaparecen del registro OMI, al igual que los fallecidos. En ocasiones se remiten pacientes a Hospital directamente desde su domicilio sin hacer hoja de IC en OMI. Igualmente no nos ha evaluado los registros del MAC de sector y de un profesional MAC del equipo que luego se trasladó. Todo ello aumentaría el denominador y conllevaría un discreto descenso del porcentaje.
Igualmente, comenzamos a registrar cuando el año ya estaba en curso. También somos conscientes de la dificultad de que todos los miembros del EAP nos impliquemos por igual y consigamos mantener un perfecto registro durante todo el año. Habrá que contar con ello a la hora de continuar con este proyecto.
Por otra parte, será interesante valorar la repercusión que pueda tener la implantación de la consulta virtual en las distintas especialidades respecto a la demanda de Urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1544 ===== ***

Nº de registro: 1544

Título
INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PABLO GIMENO INMACULADA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, RAMON CASANOVA RICARDO, LAPLAZA ARA SONIA, MONTERO MORATA CARLOS, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual.
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

MÉTODO

- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

INDICADORES

- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.
Reunión en la primera quincena de Julio.
Se realizará a final de 2017 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) .:
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO GIMENO INMACULADA
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
RAMON CASANOVA RICARDO
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Teniendo la hoja de registro de ICxTM ya diseñada, sin necesidad de modificación de la misma, se realizó reunión del EAP al objeto de explicar la continuación del proyecto, resolución de dudas y entrega de dicha hoja a todos los facultativos del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se solicitaron las hojas de registro y se contabilizó el número de pacientes a los que se realizó ICx TM a Urgencias. Dada la falta de registros continuados de IC a Urgencias se procedió a obtener dicho dato del programa OMI, siendo conscientes que ello supone un infrarregistro porque los remitidos desde su domicilio, desplazados o fallecidos desaparecen del programa OMI. Tampoco hay constancia de los remitidos a Urgencias desde su domicilio sin Hoja de IC de OMI.
De cualquier manera, sólo hay constancia de 1 paciente con ICxTM.
El número de IC a Urgencias desde el C.S. de Berbegal en 2018 registradas en OMI nos da un resultado de 97.
De ellas 8 corresponden al horario de Atención continuada y 11 constan contabilizadas pero paciente no encontrado (datos de baja).
Porcentaje de ICxTM sobre el total de pacientes del Centro: $1/1367 = 0,073\%$
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en 2018: $1/97 = 1,03\%$
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias por las mañanas y con registro: $1/78 = 1,28\%$
Porcentaje de ICxTM resueltas sin derivar a hospital: $1/1 = 100\%$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para evitar el problema de Infrarregistro, arriba comentado, se diseñó la hoja de datos incluyendo en ella los datos de derivación. Hemos constatado que su uso se fue abandonando progresivamente. El proyecto, por tanto, ha fallado desde su base.
Nos ha sorprendido la baja utilidad de esta herramienta pues sólo 1 profesional ha hecho uso de la misma y solamente en una ocasión.
Analizando estos resultados, encontramos diferentes causas posibles:
- Importante y principal, la falta de motivación e implicación individual en el proyecto.
- Dificultad de llevar un doble registro: en OMI y en la hoja correspondiente.
- La propia herramienta de ICxTM por lo que puede suponer de sobrecarga laboral.
- La presión asistencial, dado que la urgencia siempre conlleva tiempo y altera la dinámica habitual de la consulta.
- Necesidad de solución rápida que demanda el paciente, lo que puede inducir a derivar al hospital directamente.
- Implantación de la Interconsulta virtual con Atención Especializada.
- Añadimos otra: somos un equipo pequeño, que asume las mismas actividades que otros y donde las tareas se reparten entre pocas personas, lo que implica un plus de sobrecarga a veces difícil de llevar. Si a ello se le añade algún cambio de personal o baja laboral, la dinámica se complica.
Sería interesante conocer cómo asumen esta actividad otros EAP y si realmente se le da el valor que tiene o queda infravalorada e infrautilizada. Nos llevaría a una reflexión conjunta sobre la propia atención primaria: ¿Somos capaces de ir asumiendo actividades? ¿Queremos y podemos implicarnos más en nuestro trabajo?
A pesar de que estamos convencidos de su utilidad en ciertas situaciones urgentes, no hemos sabido integrarla en nuestra actividad clínica habitual, y es por ello que damos por finalizado este proyecto asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1544 ===== ***

Nº de registro: 1544

Título
INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PABLO GIMENO INMACULADA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, RAMON CASANOVA RICARDO, LAPLAZA ARA SONIA, MONTERO MORATA CARLOS, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual.
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

MÉTODO

- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

INDICADORES

- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.
Reunión en la primera quincena de Julio.
Se realizará a final de 2017 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 - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Información a la familia de la realización de la educación grupal mediante folleto informativo que se enviará por correo ordinario, y animar a apuntarse a la misma. La familia interesada contactará con el equipo de Pediatría para elegir grupo.
- Contacto con Salud Pública para solicitar ejemplares del Documento de Salud del Asma en Pediatría.
- Contacto con coordinador del centro y dirección de AP del hospital para acordar lugar de realización de las sesiones grupales, calculando 50 niños con 1 o 2 acompañantes adultos y divididos en 2 sesiones de unas 2 horas cada una: se acuerda solicitud de aula al Ayuntamiento de Binéfar, dado que el centro de salud no dispone de salas para albergar el elevado número previsto de asistentes.
- Impartición de 2 sesiones formativas dirigidas a los niños y sus familias, cuyo objetivo es mejorar el conocimiento de la patología y el control de las crisis de asma mediante educación grupal. Se realizarán en las fechas programadas en una de las aulas multifuncionales del Ayuntamiento de Binéfar (pendiente de confirmación), en 2 grupos de 25 niños divididos según disponibilidad familiar, para alcanzar mejores coberturas y trabajar con grupos más reducidos.

Primera parte: Formación teórica mediante presentación Power Point: qué es el asma, sus síntomas y posibles desencadenantes, reconocimiento de una crisis de asma. Medidas ambientales a adoptar para evitar futuras crisis.

Segunda parte: Formación teórico-práctica. Tratamiento del asma (agudo y crónico), uso y manejo de los diferentes tipos de inhaladores y sus cámaras, educación en autocontrol domiciliario del asma: manejo del tratamiento crónico y actuación ante una crisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estimación de la prevalencia de niños con asma moderada - grave en nuestras consultas previa a la realización del proyecto: 51/1623 (3,2%).
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos previa realización del proyecto: 34/51 (66,66 %). 17 pacientes no vacunados (33,3%) por distintos motivos: 11 por negativa familiar (3 de los cuales el motivo era alergia al huevo), 4 por no conseguir localizarlos, 2 por controles en médicos privados.
- Proyecto en desarrollo, pendiente de finalización para obtener resultados e indicadores propuestos:
- aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP,
 - nº niños - familiares que asisten a las sesiones / nº asmáticos convocados,
 - aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 10%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad.
- Dificultad para la realización de sesión grupal por el número elevado de posibles participantes (50 niños con acompañantes) y necesidad de desplazamiento fuera del centro para llevar a cabo la actividad.
- Pendiente de finalización para obtener más conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Autores:
MIRALBES TERRAZA SHEILA, JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

TEMAS

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

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

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en nuestro medio, afectando al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares y produce elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento de la enfermedad y en su manejo es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma, que se resumen en una mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Es importante implicar al niño y su familia en el tratamiento y control de la enfermedad para que asuman un papel activo, responsable y eficiente sobre su cuidado. Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de que el niño y su familia sepan reconocer los desencadenantes del asma y sepan actuar ante una crisis asmática, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el registro en OMI-AP de los niños incluidos en el programa del niño asmático. Conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de la patología y sus síntomas por parte del niño y familiares. Mejorar sus autocuidados y la adhesión al tratamiento.
- Mejorar el control de las crisis, disminuir las exacerbaciones de la enfermedad. Disminuir la demanda asistencial que genera.
- Usar de forma adecuada los inhaladores. Aumentar los conocimientos sobre técnicas de inhalación.
- Aumentar el conocimiento sobre los desencadenantes. Prevención del tabaquismo pasivo o activo en adolescentes.
- Aumentar la proporción de niños con factores de riesgo vacunados de gripe estacional (niños asmáticos vacunados).

MÉTODO

- Registro adecuado de los niños con asma en el programa del niño asmático.
- Se programarán un mínimo de 3 sesiones para cada niño/familia. Se pretende hacer educación grupal bajo consentimiento informado. El programa que seguirá el niño estará basado en el Documento de salud del Asma en pediatría del Gobierno de Aragón.
- Primera sesión: Formación teórica sobre la enfermedad a los padres/familias/cuidadores: mejor conocimiento de la patología, sus síntomas y de los desencadenantes de las crisis asmáticas. Responder posibles dudas.
- Segunda sesión: Formación teórico-práctica sobre uso de inhaladores y plan de manejo del asma. El niño con asma activa o su familia/cuidadores debe tener un plan de manejo por escrito y conocer como actuar si presenta síntomas.
- Tercera sesión: motorización de los síntomas. Educación en autocontrol del asma.
- Recomendar vacunación antigripal estacional.
- Seguimiento periódico del niño asmático.

INDICADORES

- Aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Porcentaje de niños asmáticos (o familiares) que asisten al total de sesiones grupales: 50%
- Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación dirigida sobre técnica de inhalación: 80%
- Número de niños/familiares que asisten a las sesiones/número de asmáticos convocados (asma activa en último año y programa de niño asmático recogido en OMI-AP): 50%
- Aumento de la tasa de vacunación de niños asmáticos: 75%

DURACIÓN

- Noviembre a enero: Creación del grupo de trabajo, actualización bibliográfica y elaboración de las sesiones.
- Febrero: Captación activa de los niños con asma.
- Marzo a septiembre: Programación y realización de las sesiones formativas para niños y familiares.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

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 - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intervención educativa de carácter grupal se informó a las familias de niños asmáticos o con hiperreactividad bronquial (a través del programa OMI-AP) mediante el envío de un folleto informativo por correo ordinario. Además, para llegar a más familias, se informaba a los niños candidatos que acudían a las consultas y se informó a través de la red social Facebook de Pediatría Binéfar. Con el fin de conseguir una buena educación grupal, se impartieron 2 sesiones formativas en diferente horario en función de la disponibilidad de horario laboral de la familia: una por la mañana de 9.30 h a 11.00 h y otra por la tarde de 15.30 h a 17.00 h. Las sesiones tuvieron lugar el 9 mayo del 2018 en el aula del Ayuntamiento de Binéfar, y la charla fue impartida por Pediatra y Enfermera de las consultas de Atención Primaria.

La Primera Parte de la sesión consistió en formación teórica sobre el asma. Mediante una presentación de Power Point de unos 45 min de duración, se explicó: concepto de asma, sus desencadenantes, síntomas, diagnóstico, tratamiento agudo y crónico, medidas preventivas. Se utilizaron videos y diversas imágenes gráficas para aclarar los conceptos.

La segunda parte consistió en formación teórico - práctica, centrándose en el uso correcto de los diferentes tipos de inhaladores y sus cámaras, y en el manejo correcto de medicación aguda o crónica mediante ejemplos de casos clínicos. Como material, se llevaron del centro diferentes dispositivos de inhalación placebo y varios modelos de cámaras para que las familias aprendiesen mejor su manejo y lo practicasen bajo la supervisión de un profesional. Se realizaron ejercicios de role - playing para detectar y corregir errores frecuentes.

Entregamos a cada familia asistente una hoja informativa del asma y otra hoja ilustrativa para el manejo correcto de las cámaras de inhalación. Se les explicó la continuidad del seguimiento individual del asma en consultas mediante 2 citas anuales: en octubre-noviembre y en abril-mayo.

Al finalizar, los asistentes realizaron una pequeña encuesta de satisfacción para que los padres pudieran valorar en una escala del 1 (muy insatisfecho) al 5 (muy satisfecho) varios aspectos: contenido teórico de la charla, contenido práctico, medios y materiales utilizados, horario y duración de la charla, y puntuación global.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estimación de la prevalencia de niños con asma moderada - grave en nuestras consultas previa a la realización del proyecto: 51/1623 (3,2%).
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos previa realización del proyecto: 34/51 (66,66 %). 17 pacientes no vacunados (33,3%) por distintos motivos: 11 por negativa familiar (3 de los cuales el motivo era alergia al huevo), 4 por no conseguir localizarlos, 2 por controles en médicos privados.
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos posterior a la realización del proyecto: 30/34 = 88,23%. Este resultado supone un aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos.
- Aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos del 13.23%. (36/48 = 75% en la campaña del 2017, 30/34 = 88.23% en la campaña del 2018).
- Asistencia a las sesiones: 10 /34 = 29.4%. (Nºfamiliares que asisten a las sesiones / nºasmáticos convocados).
- Medias de la puntuación en la Encuesta de satisfacción:
 - Contenido teórico de la charla: 4.875
 - Contenido práctico de la charla: 4.875
 - Medios y materiales utilizados: 4.75
 - Horario y duración de la charla: 4.5
 - Valoración global: 4.875

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 10%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad, y aumentar la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Escasa asistencia a las sesiones formativas. Probablemente por el horario y el lugar de realización de las mismas.
- Corrección de errores en la técnica de inhalación debido a la realización de la misma bajo supervisión de un profesional.
- Muy buenos resultados en las encuestas de satisfacción realizadas por las familias asistentes.
- Tras las conclusiones finales de este proyecto, decidimos realizar otro proyecto educativo para niños y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

familiares pero de manera individual desde las consultas de Pediatría y Enfermería Pediátrica para seguir mejorando el diagnóstico y seguimiento de nuestros pacientes asmáticos, el cual se está desarrollando a lo largo de este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Autores:
MIRALBES TERRAZA SHEILA, JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

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

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

PROBLEMA
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en nuestro medio, afectando al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares y produce elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento de la enfermedad y en su manejo es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma, que se resumen en una mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Es importante implicar al niño y su familia en el tratamiento y control de la enfermedad para que asuman un papel activo, responsable y eficiente sobre su cuidado. Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de que el niño y su familia sepan reconocer los desencadenantes del asma y sepan actuar ante una crisis asmática, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar el registro en OMI-AP de los niños incluidos en el programa del niño asmático. Conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de la patología y sus síntomas por parte del niño y familiares. Mejorar sus autocuidados y la adhesión al tratamiento.
- Mejorar el control de las crisis, disminuir las exacerbaciones de la enfermedad. Disminuir la demanda asistencial que genera.
- Usar de forma adecuada los inhaladores. Aumentar los conocimientos sobre técnicas de inhalación.
- Aumentar el conocimiento sobre los desencadenantes. Prevención del tabaquismo pasivo o activo en adolescentes.
- Aumentar la proporción de niños con factores de riesgo vacunados de gripe estacional (niños asmáticos vacunados).

MÉTODO
- Registro adecuado de los niños con asma en el programa del niño asmático.
- Se programarán un mínimo de 3 sesiones para cada niño/familia. Se pretende hacer educación grupal bajo consentimiento informado. El programa que seguirá el niño estará basado en el Documento de salud del Asma en pediatría del Gobierno de Aragón.
- Primera sesión: Formación teórica sobre la enfermedad a los padres/familias/cuidadores: mejor conocimiento de la patología, sus síntomas y de los desencadenantes de las crisis asmáticas. Responder posibles dudas.
- Segunda sesión: Formación teórico-práctica sobre uso de inhaladores y plan de manejo del asma. El niño con asma activa o su familia/cuidadores debe tener un plan de manejo por escrito y conocer como actuar si presenta síntomas.
- Tercera sesión: motorización de los síntomas. Educación en autocontrol del asma.
- Recomendar vacunación antigripal estacional.
- Seguimiento periódico del niño asmático.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

INDICADORES

- Aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Porcentaje de niños asmáticos (o familiares) que asisten al total de sesiones grupales: 50%
- Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación dirigida sobre técnica de inhalación: 80%
- Número de niños/familiares que asisten a las sesiones/número de asmáticos convocados (asma activa en ultimo año y programa de niño asmático recogido en OMI-AP): 50%
- Aumento de la tasa de vacunación de niños asmáticos: 75%

DURACIÓN

- Noviembre a enero: Creación del grupo de trabajo, actualización bibliográfica y elaboración de las sesiones.
- Febrero: Captación activa de los niños con asma.
- Marzo a septiembre: Programación y realización de las sesiones formativas para niños y familiares.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES GALLEGO VICTOR
BITRIAN DEL CACHO ANDRES
GALINDO SERRANO IZARBE
RUIZ ALMENARA VALENTIN
ALCAY MARIN FRANCISCO
LERIS OLIVA JOSE MARIA
GUEVARA LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación: se han realizado 2 cursos desde el inicio del proyecto. Uno en mayo del 2017 con 10 profesionales del sector de 8 EAP (Aínsa, Benabarre, Binéfar, Barbastro, Tamarite, Fraga, Monzón Urbano y Monzón Rural). Posteriormente se hizo otro curso en noviembre del año 2017 con 18 asistentes más. Estos cursos son de una duración larga, que incluye varias sesiones de recuerdo y una sesión final del curso. Actualmente estos 2 cursos han finalizado, por lo que contamos con más de 15 profesionales formados de la mayoría de los Equipos de Atención Primaria del Sector. En este curso se establecieron los circuitos de derivación y se protocolizaron diferentes patologías.

- Posteriormente (marzo-abril 2018) tras buscar ubicación en los centros de salud, se inicia la actividad en los mismos, con agendas propias y abiertas. Actualmente hay agenda abierta en Aínsa, Monzón, Binéfar, Fraga y Graus.

- Se han hecho algún análisis preliminar de la actividad del año 2018, pero de momento no hemos encontrado la manera adecuada de hacerlo (bien porque se saca de las peticiones y no de las realizadas; o también porque no es posible diferenciar entre la petición sin interconsulta). Se está trabajando con el servicio de informática para crear una SQL que extraiga los datos de agendas de OMI y así poder evaluar todos los años posteriores con la finalidad de hacer un seguimiento de actividad. Otro de los indicadores que nos gustaría obtener es el porcentaje de ecografías que se realizan en AP en las que se solicita interconsulta a radiología para realizar ecografía diagnóstica, con el fin de valorar la autonomía de AP.

- En un futuro nos gustaría contar con otro ecógrafo en la ZBS de Castejón de Sos (2019?), una de las poblaciones más alejadas del hospital, pero hasta la fecha no se han conseguido la financiación necesaria para su adquisición. También nos gustaría contar con otro ecógrafo para el Centro de Salud de Barbastro, pero actualmente es imposible porque no hay ninguna sala en la que se pueda instalar el mismo. Cuando se construya el nuevo centro (2020?) se espera contar con ello.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido la mayoría de objetivos planteados al inicio del proyecto, excepto el inicio de actividad en el CS de Barbastro.

Las agendas tienen actividad regular, se ha extendido su petición y hasta la fecha funciona todo sin incidencias. 15 profesionales formados de 7 EAP.

6 EAPs con agenda activa.

Número de ecografías realizadas: carecemos del dato fiable de los sistemas de información disponibles hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha realizado de forma lenta, ha sido difícil poner en marcha la totalidad de actividades, han surgido incidencias y problemas, pero finalmente se han podido resolver y parece que la actividad se ha consolidado de manera satisfactoria en AP.

Hay una alta satisfacción entre profesionales y pacientes con el funcionamiento del nuevo servicio, si bien es cierto que esto no se ha podido medir de forma adecuada. También nos gustaría medir si ha tenido impacto en la reducción de las listas de espera en Especializada.

El proyecto se ha finalizado, se han alcanzado los objetivos que se plantearon en el inicio se han cumplido y la actividad ya forma parte de la cartera de servicios de atención primaria.

La intención es extenderlo a más Equipos de Atención Primaria por todo lo expuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1476 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

Nº de registro: 1476

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
VALLES GALLEGO VICTOR, ROMERO NEVADO FERMIN, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, GALINDO SERRANO IZARBE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, LERIS OLIVA JOSE MARIA, GUEVARA LOPEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ecografía es una técnica inocua que puede reproducirse, mínimamente invasiva y muy útil para el despistaje de varias patologías para la cuales se solicitan otras pruebas de elevado coste y no exentas de riesgos. Se trata de una exploración que cada se solicita más, tanto por los especialistas del hospital como de atención primaria, y que genera en el Sector de Barbastro una elevada demora, de más de 6 meses en muchos casos. La escasez de radiólogos, ocupados en interpretar pruebas complicadas y más invasivas es una de las causas de esta demora, por lo que los médicos en un intento de ser prácticos y llegar al diagnóstico lo antes posible soliciten esas mismas pruebas que colapsan los servicios de radiología. La Ecografía ya se ha demostrado muy útil en manos de los Médicos de Familia bien formados y habituados, en colaboración con Radiología, disminuyendo secuelas causadas por la espera, con abaratamiento de costes y percepción del usuario de una mejora del servicio. También permite el seguimiento de lesiones en el tiempo, que no se puede llevar a cabo por la demora actual.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formar médicos de atención primaria para la realización de ecografías clínicas.
- Iniciar la actividad en un centro piloto (CS Barbastro) que por su proximidad al hospital puede favorecer las actividades formativas y la coordinación con radiología.
- Extender la oferta a otros centros de Salud conforme haya disponibilidad de ecógrafo y estén los profesionales formados.
- Aumentar la oferta de pruebas diagnósticas en AP y la capacidad de resolución, adaptándose así a las tendencias actuales de la profesión.
- Generar un entorno colaborativo con el servicio de radiología que permita priorizar las exploraciones ecográficas y discriminar las ecografías clínicas, que pueden ser realizadas e interpretadas por el médico de AP, de aquellas otras que precisen de realización o informe por radiología.
- Creación de interconsulta virtual con radiología para valorar la concordancia, priorizar ecografías preferentes y facilitar la formación continuada.
- Disminuir listas de espera introduciendo la Ecografía en AP, como método de despistaje diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción del usuario y de profesionales.

MÉTODO
- Establecer oferta formativa en Ecografía para profesionales de Atención Primaria. Cursos básicos y aprendizaje avanzado con tutorización del Servicio de Radiología.
- Diseño de protocolos de actuación (admisión, medicina de familia e interconsulta) y seleccionar motivos de consulta principales.
- Habilitar consulta en CS Barbastro: línea de datos, ecógrafo.
Agenda en OMI para ecografías.
- Interconsulta virtual con radiología (diagnósticos preferentes o imágenes dudosas). Sesión de difusión del protocolo en el centro de salud. Designar responsable en CS.
- Extender este programa progresivamente en CS con médicos con formación.

INDICADORES
- Nº de profesionales con formación básica.
- % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad.
- nº de ecografías realizadas por médico de atención primaria y por centro de salud.
- % de ecografías resueltas por AP (capacidad de resolución).
- % de ecografías que se solicita interconsulta a radiología.
- % de ecografías que se ajustan a protocolo (estudio de pertinencia)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

- Estudio del impacto en las listas de espera hospitalarias de ecografías
- Estudio de concordancia por pares (% diagnósticos AP que coinciden con radiólogo)
- Estudio de satisfacción (profesionales y de usuarios).

DURACIÓN

Primer trimestre 2017:

Dotación de ecógrafo al CS Barbastro

Curso de formación básica en ecografías

Elaboración de protocolos (indicaciones, circuitos)

Crear agendas OMI, adecuar Intranet (interconsultas) y RIS-PACS

2º-3º trimestre:

Formación avanzada y estudio de concordancia

Inicio actividad en el CS Barbastro.

Interconsulta virtual con radiología

4º trimestre:

Implantación progresiva en 1 ó 2 CS.

1º trimestre 2018:

Análisis de la actividad, evaluación de indicadores, propuesta de acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1043

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Fecha de entrada: 01/07/2017

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL MONTERDE GUERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BELLO MARIA JESUS
YSEBIE RONSE ISABEL
FRANCO ANGUSTO REYES
PALLAS COTS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han creado huecos de consulta a demanda a las 9 horas, para usuarios que, por motivos laborales o de desplazamiento, no pueden acudir a las horas establecidas de consulta a demanda.
- Se han creado huecos en las agendas con el acto DEMNP para no interrumpir la consulta. El sanitario llama al final de la mañana a los usuarios allí anotados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se propusieron indicadores "actos 9 utilizados/actos 9 creados" o "demnp utilizados/demnp creados" pero creemos quees sobrecargar a los servicios de informática para conseguir estos indicadores.
La finalidad principal era mejorar estas agendas y mejorar la accesibilidad del usuario y con esta modificación de agendas ya lo hemos conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al modificar agendas, se ha conseguido mayor accesibilidad y no interrumpimos la consulta para pasar llamadas o para solicitar autorización para una cita fuera del horario habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1043 ===== ***

Nº de registro: 1043

Título
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, GARCIA BELLO MARIA JESUS, MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL, YSEBIE RONSE ISABEL, FRANCO ANGUSTO REYES, PALLAS COTS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Dificultad de determinados usuarios para acceder a consulta médica por coincidir ésta con su horario laboral o implicar desplazamientos considerables.
2. Interrupciones de la consulta para atender llamadas de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Facilitar acceso a consulta presencial estableciendo huecos a las 9 h. para ser ocupados por usuarios que no pueden acudir a otras horas.
2. Evitar la interrupción de la consulta creando huecos en las agendas para atender la demanda no presencial.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1043

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Agendas de omi:

1. Creación de un hueco de demanda (con situación "indemorable") a las 9h. en los días que otras actividades lo permitan (reunión de Equipo, domicilios, citas programadas,...)

2. Creación de 3 huecos hacia el final de la mañana con acto dnp (demanda no presencial)

Procedimiento de cita:

1. Utilizar el hueco de las 9h. para usuarios a los que les sea imposible acudir a otra hora de las ofertadas en las agendas.

2. Citar en hueco "dnp" a los usuarios que deseen contactar telefónicamente con su médico, poniendo en "observaciones" el numero de teléfono al que debemos llamar.

INDICADORES

Num. Huecos usados demanda indemorable/Num. De huecos creados como demanda indemorable

Num. Huecos usados con acto DNP / Num. Huecos creados DNP

DURACIÓN

Modificación de agendas: 31-10-2016

31-03-2017 evaluación de resultados.

30-06-2017 evaluación de resultados.

30-09-2017 evaluación de resultados.

30-12-2017 evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 - Información en reunión del EAP del proyecto.
 - Elaboración y actualización de octavillas informativas
 - Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
 - Información verbal a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PIN's GENERADOS

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0	3	#DIV/0!
1001130102V	15	100	566,67%
1001130103H	7	86	1128,57%
1001130104L	1	1	0%
1001130105C	5	46	820,00%
1001130201R	2	53	2550,00%

Casilla "SMS" activada:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	1	3	200,00
1001130102V	39	125	220,51
1001130103H	45	119	164,44
1001130104L 0	4	#DIV/0!	
1001130105C	43	85	97,67
1001130201R	32	71	121,88

Citas dadas por "web"

CIAS	2016	2017	INCREM.
0101Q	18	20	11,11
0102C	28	91	225,00
0103H	63	107	69,84
0104L	186	171	-8,06
0105C	42	86	104,76
PEDIATRIA	8	41	412,50
ENF-APL	6	13	116,67
ENF-RAB	8	15	87,50
ENF-MLM	19	15	-21,05
ENF-JAGG	0 8	#DIV/0!	
ENF-RMG	0	0	#DIV/0!
TOTAL AÑO	378	567	50,00

OBTENCIÓN DE DATOS: Se ha necesitado de la intervención del CAU para facilitarnos datos sobre número de PIN generados y número de casillas "SMS" activadas en BDÚ.
 Se ha necesitado la intervención de Informática de Barbastro que nos ha facilitado el número de citas obtenidas por "Web".
 Se hizo una previsión de incrementar en un 15% estos datos. Los resultados han sido mucho mayores, lo cual es lógico ya que partíamos de cero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que el proyecto es muy interesante, ya que potencia la autonomía del paciente, implicándolo en la buena gestión de sus citas y aumentando su información con respecto de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1461

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

***** ***

Nº de registro: 1461

Título
FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:
• A través de Internet, en www.saludinforma.es
• Mediante la APP "saludinforma"
Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):
• La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
• La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.
El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO
• Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
• Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
• Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
• Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES
Cada año solicitaremos los siguientes datos:
• Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
• Número de PIN generados en BDU.
• Número de citas dadas en OMI con la clave "web"
Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

PINs GENERADOS:			
CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

1001130105C	5				
1001130201R	2				
Casilla "SMS" activada:					
CIAS	ENERO-17/ENERO-18/INCREM.				
1001130101Q	1				
1001130102V	39				
1001130103H	45				
1001130104L	0				
1001130105C	43				
1001130201R	32				
Citas dadas por "web" **					
CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:			2460		
1001130104L:	492				
1001130105C:	1476				

**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN

Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citas "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.

El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ESPIER LLORENS
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUELLO RIVAS MARIA CARMEN
 GRASA CORTINA MARIA DOLORES
 TAMBORERO SAYOS MONTSERRAT
 GARCES ABADIAS PILAR
 LAPORTA ANTON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FORMACION: Se han llevado a cabo los siguientes encuentros formativos promovidos dentro del Sector:

- Aplicación HERMES para comunicar Partes al Juzgado.
- Cargos a Terceros. BBDD del INSS (ATT77)
- Asistencia Sanitaria y Gestiones electrónicas impartido por personal del INSS
- Encuentro entre Servicios de Admisión de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Formación para personal de admisión de AE sobre los datos contenidos en BDU. Dar a conocer el APP de Salud Informa, obtención de PIN y comunicación por "SMS" de las citas.

Promovido por la Unidad Docente:

- Taller de RCP Básica y manejo del DESA para personal no sanitario.

En cuanto a la actividad diaria, se ha seguido con:

- Comunicación por correo electrónico con los diferentes Servicios hospitalarios para informar de cambios de domicilio o teléfono
- solicitar cambios o anulaciones, o unir citas.
- Desde AP se accede al Programa Asistencial del Hospital, para dejar en PRECITA a pacientes que no podemos citar en LEE o que no entran en Interconsulta Virtual.
- Se utiliza plenamente la aplicación de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA de la Intranet del Sector para solicitud o envío de informes:

o Para el hospital de Barbastro

o Enviamos por esta misma vía los informes a Inspección de Huesca, con encriptación automática del documento.

o Recientemente se ha añadido el envío, a través de esta misma aplicación, de las solicitudes de informes al Hospital de San Jorge, también con encriptación automática del documento.

- Desde Admisión de AP, se está trabajando en dar a conocer a los usuarios las nuevas formas de contacto e información de citas: APP, SMS, obtención de PIN. Para ello se han elaborado trípticos informativos para los usuarios. Con esto esperamos una mayor implicación del usuario con sus citas y la consiguiente disminución del absentismo a las visitas de especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Realizada la revisión "C" del PO-08 Manual de Coordinación de los Servicios de Admisión Primaria y Especializada.

- Accedemos a la precita del hospital para registrar citas.

- Nos comunicamos por correo electrónico. El uso del fax es prácticamente inexistente.

- ABSENTISMO. Seguimiento. (tabla 1)

Centro de Salud	2017	2016
ABIEGO	11%	5%
AINSA	13%	10%
ALBALATE	11%	10%
BARBASTRO	11%	10%
BENABARRE	13%	12%
BERBEGAL	8%	7%
BINEFAR	11%	9%
CASTEJON	17%	11%
FRAGA	17%	17%
GRAUS	10%	7%
LAFORTUNADA	9%	10%
MEQUINENZA	37%	15%
MONZON RURAL	9%	7%
MONZON URBANO	13%	11%
TAMARITE	13%	11%
PROM. S. BTRO.	12%	10%

- Seguridad, rapidez y trazabilidad de las gestiones de solicitud y envío de informes con el Hospital de Barbastro, el de San Jorge y con la Inspección Médica mediante la aplicación "Documentación Clínica" de la Intranet del Sector.

- PIN-SMS por Centro de Salud:

ZONA SMS PIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

ABIEGO	0	3	
AINSA	159	141	
ALBALATE	253	205	
BARBASTRO	252	362	
BENABARRE	10	57	
BERBEGAL		18	7
BINEFAR	801	405	
CASTEJON	421	305	
FRAGA	1190	262	
GRAUS	515	390	
LAFORTUNADA	61	23	
MEQUINENZA	11	43	
MONZON RURAL	33	56	
MONZON URBANO	101		371
TAMARITE	781		84
TOTALES 2017	4606	2714	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras varios años de encuentros formativos, tanto de los servicios de Admisión de AP como de éstos con Admisión de Especializada, valoramos muy positiva y necesaria esta coordinación, que ha hecho que nos conozcamos, hemos simplificado y unificado gestiones, hemos diseñado sistemas de comunicación entre AP-AE más rápidos y seguros, eliminando fax, fotocopias, correo en papel,...etc.
El usuario no tiene que desplazarse al hospital para realizar sus gestiones, ya que las canalizamos desde Admisión de los distintos CC.SS. del Sector de Barbastro.

7. OBSERVACIONES.

Tenemos pleno apoyo y reconocimiento de la Dirección de nuestro Sector y desde aquí nuestro agradecimiento, pero echamos en falta apoyo para mejorar o diseñar herramientas de trabajo que cubran las necesidades actuales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1474 ===== ***

Nº de registro: 1474

Título
MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, CUELLO RIVAS M CARMEN, GRASA CORTINA DOLORES, TAMBORERO SAYOS MONSERRAT, GARCES ABADIAS PILAR, LAPORTA ANTON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.).
Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
 - Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
 - Implementar las novedades en procesos administrativos.
 - Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
 - Primeros auxilios para personal no sanitario
 - Eliminación del uso de fax para pedir citas.
 - Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
 - Seguimiento del absentismo en A Especializada
 - Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
 - Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
 - Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.
- En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

MÉTODO

- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y P0-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en la citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

INDICADORES

- N° de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- P0-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

DURACIÓN

- 1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
- 2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
- 3er. trimestre: Reunión AP-AE
- 4º trimestre: Actualización PO-08

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ESPIER LLORENS
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUELLO RIVAS MARIA CARMEN
 GRASA CORTINA MARIA DOLORES
 TAMBORERO SAYOS MONTSERRAT
 GARCES ABADIAS PILAR
 LAPORTA ANTON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación: Se han llevado a cabo los siguientes encuentros dirigidos a formar al personal de Admisión en las tareas diarias y a que estas tareas se hagan de forma uniforme en todo el Sector:

Abril: Acogida al personal de nueva incorporación. 3 mañanas de formación.

Mayo: Cambios informáticos con motivo de la renovación de los Pc.

Nueva plataforma para comunicar los Partes al Juzgado: PSP.

Octubre: Web de seguridad del Gobierno de Aragón.

Diciembre: Cargos a Terceros.

Hay una comunicación diaria mayoritariamente por correo electrónico con los distintos Servicios de Admisión de Especializada, para solicitar cambios o uniones de citas a pacientes, informar de cambios de domicilio o teléfono, etc.

También comunicamos duplicidades de HHCC o errores en los AR del hospital que detectamos en Primaria para su corrección.

Facilitamos estas gestiones al usuario lejos del hospital y contribuimos a disminuir incidencias en las citas.

Seguimos precitando las Interconsultas o pruebas radiológicas directamente en el programa del hospital.

Es de gran utilidad la aplicación Documentación Clínica para solicitar informes a Especializada tanto de Barbastro como de H. San Jorge y para enviar documentos a Inspección de Huesca.

Seguimos dando publicidad a las nuevas aplicaciones que facilitan el acceso al usuario a los servicios del Salud (APP).

La Reunión de Coordinación AP-AE se llevará a cabo en Febrero de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Seguimiento absentismo a especializada

ABSENTISMO	2018	2017	2016
ABIEGO	8,78%	10,70%	5,32%
AINSA	15,37%	12,92%	9,99%
ALBALATE	11,03%	10,98%	10,18%
BARBASTRO	11,80%	11,34%	10,13%
BENABARRE	13,46%	12,79%	11,69%
BERBEGAL	7,73%	8,43%	6,78%
BINEFAR	12,15%	11,41%	9,10%
CASTEJON	15,70%	16,84%	11,35%
FRAGA	13,67%	16,80%	17,17%
GRAUS	9,92%	9,93%	7,04%
LAFORTUNADA	12,88%	9,49%	10,28%
MEQUINENZA	19,13%	36,67%	15,38%
MONZON RURAL	9,21%	8,58%	6,72%
MONZON URB	13,53%	13,20%	10,94%
TAMARITE	15,72%	12,71%	11,45%
Promedio Sector	12,67%	13,52%	10,24%

Desde Primaria se está haciendo un esfuerzo por implicar al usuario en las gestiones o anulaciones de sus citas y no se ve una repercusión positiva. Hay que tener en cuenta también que pueden influir las listas de espera y la falta de especialistas.

En cuanto a SMS activados en BDU y PIN facilitados:

INCREM. SMS	2017-2018	INCREM. PIN	2017-2018
ABIEGO	100,00%	25,00%	
AINSA	29,02%	37,61%	
ALBALATE	54,00%	61,25%	
BARBASTRO	34,20%	58,15%	
BENABARRE	64,29%	32,14%	
BERBEGAL	61,70%	75,86%	
BINEFAR	34,34%	57,64%	
CASTEJON	24,96%	41,79%	
FRAGA	30,12%	70,16%	
GRAUS	6,53%	33,67%	
LAFORTUNADA	39,00%	36,11%	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

MEQUINENZA	45,00%	61,26%
MONZON RURAL	31,25%	65,85%
MONZON URBANO	40,94%	58,91%
TAMARITE	6,02%	48,78%
PROMEDIO INCREM	28,46%	55,22%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos muy positivamente que el usuario en zona rural, lejos de su hospital de referencia, en muchas ocasiones de edad avanzada, pueda hacer sus gestiones desde Admisión de Primaria, evitándole desplazamientos. La coordinación y los circuitos de comunicación establecidos entre los Servicios de admisión de Primaria y Especializada es fundamental para facilitar gestiones, evitar errores, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1474 ===== ***

Nº de registro: 1474

Título
MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, CUELLO RIVAS M CARMEN, GRASA CORTINA DOLORES, TAMBORERO SAYOS MONSERRAT, GARCES ABADIAS PILAR, LAPORTA ANTON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.). Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
- Implementar las novedades en procesos administrativos.
- Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
- Primeros auxilios para personal no sanitario
- Eliminación del uso de fax para pedir citas.
- Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
- Seguimiento del absentismo en A Especializada
- Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
- Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
- Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.
En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

MÉTODO

- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y PO-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

INDICADORES

- N° de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- PO-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

DURACIÓN

- 1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
- 2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
- 3er. trimestre: Reunión AP-AE
- 4º trimestre: Actualización PO-08

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PEREZ MELIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ NOGUERO NIEVES
MAULEON PELLON MARIA PILAR
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
GARCIA SANJUAN GEMA
CLAVERO PEREZ MANUEL
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se designa un responsable.
Se verifica la implicación tanto de profesionales sanitarios como de alumnos y profesores.
Se prepara temario adecuado para cada curso de alumnos.
Se coordinan días de talleres con el profesorado del Colegio.
Para los niños más pequeños utilizamos dispositivos visuales y auditivos para facilitar la enseñanza.
Se valora la metodología utilizada mediante preguntas al finalizar el taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos intentado implicar a la población en los procesos asistenciales, así como a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado.
Conseguimos mayor seguridad y satisfacción de todo el personal implicado en el proyecto.
Mejoramos la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones corectas desde el inicio.
Aumentamos la satisfacción de alumnos y profesores an cuanto a primeros auxilios.
En relación con los indicadores, el número de preguntas acertadas por el alumnado ha llegado casi al 100% de aciertos, superando con creces el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia de conocer una RCP básica y primeros auxilios, hemos determinado junto con el profesorado desarrollar este tipo de taller una vez al año para afianzar conceptos. Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/479 ===== ***

Nº de registro: 0479

Título
TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Autores:
PEREZ MELIZ MARIA PILAR, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

PROBLEMA

En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación. Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención. Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica. Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

RESULTADOS ESPERADOS

Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados. Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio. Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario. Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud. Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

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. Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres. Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

DURACIÓN

Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PEREZ MELIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAULEON PELLON MARIA PILAR
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
GARCIA SANJUAN GEMA
CLAVERO PEREZ MANUEL
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se designa un responsable para llevar a cabo el proyecto.
- Se comunica en reunión de equipo del C. S. Castejón de Sos el proyecto a desarrollar en el Colegio de Benasque.
- Se mantiene reunión informativa con profesorado del Centro Escolar.
- Se coordinan días de talleres con el profesorado del Colegio.
- Se verifica la implicación tanto de profesionales sanitarios como de alumnos y profesores.
- Se prepara temario adecuado para cada curso de alumnos. Para los niños más pequeños utilizamos dispositivos visuales y auditivos para facilitar la enseñanza.
- Se forman grupos de trabajo por edades para desarrollar los talleres.
- Se valora la metodología utilizada y el aprovechamiento de la actividad por parte de los alumnos mediante preguntas al finalizar el taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Hemos intentado implicar a la población en los procesos asistenciales, así como a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado.
- Conseguimos mayor seguridad y satisfacción de todo el personal implicado en el proyecto.
- Mejoramos la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
- Proporcionamos conocimientos y habilidades relacionadas con cada grupo de escolares de R.C.P y primeros auxilios.
- Aumentamos la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.
- Familiarizamos al alumnado con situaciones de los temas tratados.
- En relación con los indicadores, el número de preguntas acertadas por el alumnado ha llegado casi al 100% de aciertos, superando con creces el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia. Nuestra valoración ha sido muy positiva tanto en ejecución como en resultados obtenidos. Todo el alumnado y profesorado han manifestado su satisfacción. Ha merecido la pena.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/479 ===== ***

Nº de registro: 0479

Título
TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Autores:
PEREZ MELIZ MARIA PILAR, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación.
Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención.
Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados.
Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario.
Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud.
Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

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.
Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.
Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES
Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

DURACIÓN
Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
FRANCH FERRER MONSERRAT
ALVAREZ NOGUERO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dotacion y puesta en funcionamiento del carro de paradas
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesion clinica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguen los objetivos marcados con exito. Se cumplen los objetivos propuestos en el proyecto. Se ha establecido un calendario de revisiones y se han asignado responsables. Se ha realizado sesion clinica para presentacion de carro y para asignación de responsable y elaboracion de calendario de revisiones.
Indicadores utilizados:
- Numero de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Numero de sesiones formativas/año => 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez puesto en funcionamiento del Carro de paradas, el objetivo a seguir es mantenimiento del carro de paradas segun calendario y normas de uso, actualización si procede, y mantener y actualizar el conocimiento al respecto, asicomo el reciclaje periodico del personal.

7. OBSERVACIONES.
Estamos pendientes de que la comsion del Medicamento se pronuncie sobre la solicitud de incluir medicación que consideramos importante: actocortina amp, Tranxilium 50 mg am y Distraneurine.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA
En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordad una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la atención del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO

Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función
Organización y distribución del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clínicas

INDICADORES

- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN

Duración: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES

Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atención Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

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 - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenemos el proyecto un año mas, dado que ha habido dificultades y contratiempos, ajenos al proyecto y la voluntad de sus integrantes, que han impedido su conclusión. A saber, ha habido un cambio de los equipos informaticos que han conllevado el cambio del programa en el que realizabamos todos los controles y registros de actividad y caducidades, la base de datos Acces; la dirección no nos ha proporcionado una solución para migrar los datos a los nuevos programas, ni tampoco la posibilidad de seguir con dicha base de datos; en segundo lugar hemos solicitado la ampliación e inclusion de nuevos medicamentos en el Carro de paros, pero la comisión del medicamento aún no ha contestado, y hace ya un año que se presento la solicitud.

En cuanto a las actividades realizadas :

- Creación de Kits específicos para la atención de cuadros concretos: agitación, anafilaxia y coma

Sesion clínica

- Solicitud de medicación nueva que consideramos imprescindible, con su debida justificación documental y casos clínicos: Actocortina, Tranxilium 50 y Distraneurina.

-Controles y seguimientos del estado del carro: caducidades, revisiones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El registro de las revisiones se ha visto afectado por las incidencias informaticas no resueltas .
- pese a ello se han realizado y mantenido la actualización y buen estado de funcionamiento del carro, cumpliendo con el calendario de revisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez puesto en funcionamiento, el objetivo es subsanar los problemas surgidos, mantener el programas de control y revisiones, mantener el reciclaje periodico del personal del centro.

7. OBSERVACIONES.

El programa informatico esta en vías de solución y esperamos esté en funcionamiento en las próximas semanas. Estamos a la espera de la respuesta de la comisión de l medicamento, para poder completar la medicación que consideramos necesaria, dada la peculiaridad de nuestro centro y la distancia que nos separa del hospital más próximo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

PROBLEMA

En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordar una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la atencion del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO

Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función
Organizacion y distribucion del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clinica

INDICADORES

- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN

Duracion: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES

Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atencion Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

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 - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
ARANDA MONTERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión semestral completa
Revisiones mensuales de caducidades
incorporación de nueva medicación, aprobada por la comisión de lmedicamento: Actocortina
Puesta en marcha del carro de paros en el PAC de Benasque y designación de nuevo responsable

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consolidación de la dinamica de revisiones y su conocimientos por parte de los miembros del equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario insistir en las revisiones y actualizaciones.
Se necesita un carro de paros nuevo para el PAC de Benasque, el que hay es poco operativo y presenta algunas deficiencias.
Es necesario iniciar un debate sobre las caducidades de algunos materiales: fastrach e IG-10, así como de las agujas de punción intraoseas, pues no se dispone de repuestos y la esterilización repetida los deteriora hasta hacerlos invisibles:
-Es un material necesario; habria que disponer de repuestos
-Tener en cuenta que si no se utilizan y caduca su esterilización, no sería necesario volver a esterilizarlos, puesto que se deterioran y no sirven; al estar limpios y dado que se utiliza en via aerea, podrían usarse y reponer o esterilizar solo despues de su uso.
Proponemos exponerlos a los demas centros y a la dirección para conocer opiniones y conductas a seguir, teniendo en cuenta necesidad y coste/beneficio.

7. OBSERVACIONES.
Este año no se ha podido hacer ninguna sesión clinica dada las cisrcunstancias vividas en el centro y los cambios en el equipo como consecuencia de los traslados de personal medico y de enfermería, y las incorporaciones tras las oposiciones. Debido a ello se postpone para 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordar una situación de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la atención del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO

Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función
Organización y distribución del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clínicas

INDICADORES

- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN

Duración: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES

Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atención Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

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 - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYUELO LARDIES ASUNCION
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
MORED MARTINEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo (13 DE MARZO DE 2017) sesión clínica de pie diabético, registro de datos en OMI y consulta en cuadro de mandos; así como un taller de ITB.

En las reuniones de equipo periodicamente se recuerda la necesidad de visita periodica al cuadro de mandos de diabetes.

Realización de la valoración y exploración de pie diabético, recomendando la realizacion de ITB a todos los diabeticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

pacientes con valoracion riesgo pie diabetico realizado/ nº pacientes diabeticos=104/215 =48% standar >70%

pacientes con exploracion pie diabetico realizada/ nº pacientes diabeticos=132/215= 61% standar >60%

pacientes ITB realizado /nº pacientes diabeticos=
84/215=39% standar >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

se ha conseguido realizar las exploraciones de pie diabetico propuestas pero resta aumentar las valoraciones del riesgo en un 22% .
respecto a la realizacion del ITB practicamente hemos conseguido el standar propuesto

Proponemos insistir en la realizacion conjunta de la valoracion del riesgo y exploracion del pie igualando los standares propuestos al 60% .

Reforzar el esfuerzo en la realizacion del ITB en las exploraciones y mantener el mismo standar de 40%

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/698 ===== ***

Nº de registro: 0698

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MORED MARTINEZ MARIA LUISA, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASAS AGUSTENCH NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

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

PROBLEMA

La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%.

Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.

Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabético trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA

IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

MÉTODO

Realizar sesion clinica recuerdo de exploracion de pie diabético,registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periodica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabético y realizar la exploracion segun la clasificacion del riesgo

INDICADORES

Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

DURACIÓN

INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.

REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE

(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DE PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesion clínica de presentacion del Protocolo de atención al pie diabetico en Aragon realizado en mayo del 2018.

Poniendo énfasis en la nueva unidad de pie diabetico creada en el Hospital de Barbastro y los circuitos de canalización parala detección el seguimiento de dicha patologia.

Periódicamente se recomienda a todos los profesionales en las reuniones de equipo la actualización en el cuadro de mandos para realizar seguimiento de los indicadores relacionados con la diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de datos informáticos ya que el cuadro de mandos nos da información sobre las revisiones de pie diabético realizadas pero no nos informa sobre los ITB realizados.

los datos que podemos extraer del cuadro de mandos a diciembre de 18 son :

Revisión de pie diabético .=48'72%

Valoración de pie diabético. =46.15%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este año 2018 hemos bajado el estandar propuesto (Mayor de 60%) de exploraciones de pie diabetico realizadas.

No disponemos de datos sobre ITB realizados pero podemos extrapolar que también será menor del propuesto (mayor del 40%)

El objetivo final es prevenir y detectar complicaciones. Enfermería debe adquirir competencias en la valoración del pie diabético identificando factores de riesgo.

Con la puesta en escena de la nueva unidad de pie diabético, que da continuidad a nuestros cuidados esperamos reforzar y conseguir una mejor atención al pie diabético.

7. OBSERVACIONES.

Durante el 2019 se revisarán los indicadores ya que parece ser que es dificultoso obtener datos sobre los ITB realizados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/698 ===== ***

Nº de registro: 0698

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MORED MARTINEZ MARIA LUISA, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASAS AGUSTENCH NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DE PIE DIABETICO

PROBLEMA

La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%.

Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.

Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabético trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA

IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

MÉTODO

Realizar sesion clinica recuerdo de exploracion de pie diabético,registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periodica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabético y realizar la exploracion segun la clasificacion del riesgo

INDICADORES

Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

DURACIÓN

INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.

REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE

(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En lugar de crear un registro en papel (Proyecto previo 2016_0293) "Creación de un registro para mejorar la comunicación interprofesional en el P.A.C de Benasque" se decide modificar agendas y ampliar el proyecto a toda la Zona de Salud creando un registro informatizado: Proyecto 2016_1402 : "Creación de un circuito para mejorar la comunicación asistencial interprofesional en la Zona de Salud de Castejón de Sos". Así preservamos la L.O.P.D. El proyecto 2016_1402 tiene la misma finalidad que el 2016_0293 pero en distinto formato. Se designan responsable del proyecto.

Se realiza sesión informativa.

Se crea un registro de comunicación interprofesional sencillo, que, después de ser consensuado por los distintos profesionales, se decide sea informatizado a través de modificación en las agendas OMI.

* Creación de huecos "admin" en color verde, destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.

* Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto " extra" (derivado de otro profesional). En este apartado es importante que si el paciente no acude, este hecho quede registrado (marcar al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.

Se comprueba la puesta en marcha del registro y se anotan distintas incidencias.

Se crea un flujograma explicativo y se distribuye a todos los profesionales.

Se envía correo electrónico interno el 9 Noviembre 2017 a todos los profesionales recordando el proyecto y cómo registrarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha conseguido que el registro sea rellenado por los distintos profesionales, pero se ha puesto en marcha el proyecto.

Se ha intentado implicar a los distintos profesionales y se ha intentado cumplir los objetivos.

Se ha mejorado la atención del usuario en la Zona de Salud tras mejorar la comunicación interprofesional.

Ha mejorado la asistencia de calidad.

Ha aumentado la seguridad a la hora de desarrollar los procesos asistenciales.

Han disminuido los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.

Se garantiza la LOPD.

Ha aumentado la satisfacción de los profesionales.

No se han pedido datos al servicio de informática para elaborar la información en relación a los indicadores porque aunque el proyecto 2016_1402 está bien informado y diseñado, no se han utilizado suficientemente esos huecos habilitados. Aportaremos dichos datos en la siguiente convocatoria y haremos especial hincapié en el desarrollo del proyecto ya que creemos es una buena herramienta de comunicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tenemos que seguir insistiendo en que no se haga transmisión verbal sino registrada en los huecos habilitados.

7. OBSERVACIONES.

En el correo electrónico enviado a los profesionales del Centro se explica lo siguiente:

" Se ha puesto en marcha el programa de comunicación interprofesional en el Centro de Salud. Os hemos dejado un flujograma explicándolo en cada casillero.

Es muy sencillo, sirve para mejorar la comunicación sobretodo desde A.C a titulares y viceversa. Os explico brevemente aquí.

Se crearon huecos verdes "ADMIN" en cada agenda, tanto de A.C. como de titulares de mañanas; nos indica que debemos abrir la historia porque debemos de estar informados de dicho paciente por el motivo que sea.

En el caso en que un paciente creamos conveniente que debe de ser visitado en consulta por otro profesional (E.A.C, médico de familia, pediatra...) lo citaremos cambiando un acto de demanda por otro que pone "EXTRA", (derivado de otro profesional); en este caso, si no acude a consulta, debemos clicar en "no acudió". En caso de que sea un domicilio, se clicará "EXTRA" y en observaciones añadiremos que es un domicilio.

En una próxima reunión lo explicaré, o si tenéis alguna duda me lo comunicais. Gracias".

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1402 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Nº de registro: 1402

Título
CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA, GARCIA SANJUAN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.
Ofrecerle una asistencia de calidad.
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Garantizar la LOPD.
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.
Aumentar la satisfacción de los profesionales

MÉTODO
Designar responsable.
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.
Modificación agendas OMI.
Creación de huecos "admin" en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto "extra": DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

INDICADORES
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

DURACIÓN
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes "admin."
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar el circuito.
Finalización: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como se explicó en la anterior memoria enviada, en lugar de crear un registro en papel (Proyecto previo 2016_0293) "Creación de un registro para mejorar la comunicación interprofesional en el P.A.C de Benasque" se decide modificar agendas y ampliar el proyecto a toda la Zona de Salud creando un registro informatizado: Proyecto 2016_1402 : "Creación de un circuito para mejorar la comunicación asistencial interprofesional en la Zona de Salud de Castejón de Sos".

Así PRESERVAMOS LA L.O.P.D. (El proyecto 2016_1402 tiene la misma finalidad que el 2016_0293 pero en distinto formato.)

- Se designan responsable del proyecto, siendo M^a Eugenia Castillo la encargada de llevarlo a cabo.
- Se realiza sesión informativa en el C. S. Castejón de Sos.
- Se crea un registro de comunicación interprofesional sencillo, que, después de ser consensuado por los distintos profesionales, se decide sea informatizado a través de modificación en las agendas OMI.
- * Creación de huecos "admin" en color verde, destinados a comunicación asistencial informativa únicamente. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
- * Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto " extra" (derivado de otro profesional).

En este apartado es importante que si el paciente no acude, este hecho quede registrado (marcar al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.

- Se comprueba la puesta en marcha del registro y se anotan distintas incidencias.
- Se crea un flujograma explicativo y se distribuye a todos los profesionales por medio de un correo interno en OMI.(Se envía correo electrónico interno el 9 Noviembre 2017 a todos los profesionales recordando el proyecto y cómo registrarlo). Y en sucesivas ocasiones se va recordando verbalmente para que se lleve a cabo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha puesto en marcha el proyecto: el registro no ha sido rellenado por la totalidad de los distintos profesionales, pero aquellos que lo han utilizado han podido observar que facilita la comunicación asistencial interprofesional y el trabajo.
- Se ha intentado implicar a los distintos profesionales y se ha intentado cumplir los objetivos.
- Se ha mejorado la atención del usuario en la Zona de Salud tras mejorar la comunicación interprofesional.
- Ha mejorado la asistencia de calidad.
- Ha aumentado la seguridad a la hora de desarrollar los procesos asistenciales. - Han disminuido los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
- Se garantiza la LOPD.
- Ha aumentado la satisfacción de los profesionales que han desarrollado este programa.
- No se han pedido datos al servicio de informática para elaborar la información en relación a los indicadores porque aunque el proyecto 2016_1402 está bien informado y diseñado, no se han utilizado suficientemente esos huecos habilitados. Seguimos haciendo especial hincapié en el desarrollo del proyecto ya que creemos es una buena herramienta de comunicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tenemos que seguir insistiendo en que no se haga transmisión verbal sino registrada en los huecos habilitados para que prevalezca la L.O.P.D.

7. OBSERVACIONES.

En el correo electrónico enviado a los profesionales del Centro se explica lo siguiente: " Se ha puesto en marcha el programa de comunicación interprofesional en el Centro de Salud. Os hemos dejado un flujograma explicándolo en cada casillero. Es muy sencillo, sirve para mejorar la comunicación sobre todo desde A.C a titulares y viceversa. Os explico brevemente aquí. Se crearon huecos verdes "ADMIN" en cada agenda, tanto de A.C. como de titulares de mañana; nos indica que debemos abrir la historia porque debemos de estar informados de dicho paciente por el motivo que sea. En el caso en que un paciente creamos conveniente que debe de ser visitado en consulta por otro profesional (E.A.C, médico de familia, pediatra...) lo citaremos cambiando un acto de demanda por otro que pone "EXTRA", (derivado de otro profesional); en este caso, si no acude a consulta, debemos clicar en "no acudió". En caso de que sea un domicilio, se clicará "EXTRA" y en observaciones añadiremos que es un domicilio. En una próxima reunión lo explicaré, o si tenéis alguna duda me lo comunicáis . Gracias". Continuaremos insistiendo ya que facilita la comunicación interprofesional manteniendo la L.O.P.D.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1402 ===== ***

Nº de registro: 1402

Título
CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA, GARCIA SANJUAN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.
Ofrecerle una asistencia de calidad.
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Garantizar la LOPD.
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.
Aumentar la satisfacción de los profesionales

MÉTODO
Designar responsable.
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.
Modificación agendas OMI.
Creación de huecos "admin" en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto "extra": DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

INDICADORES
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

DURACIÓN
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes "admin."
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

el circuito.
Finalización: Mayo 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 - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SOLICITUD MATERIAL PARA REALIZACIÓN PROYECTO.
-CONCRETAR LUGAR Y DÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.
-REALIZACIÓN ACTIVIDAD:01-2017 Y 02-2017
-INFORMAR PROYECTO EN CONSEJO DE SALUD:06-2017 Y 11-2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD:29-06-2017 Y 09-11-2017
-RESULTADOS DEL TEST INICIAL EN RELACIÓN CON EL TEST FINAL >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido positiva tanto en la ejecución como en los resultados obtenidos.Las personas que han participado en las actividades han manifestado su satisfacción con ellas por la información que aportan y la importancia que tienen en las situaciones de compromiso vital.
Esperamos seguir con el proyecto y si es posible aumentar el nº de personas a las que va destinado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1408 ===== ***

Nº de registro: 1408

Título
FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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
El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretodo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

RESULTADOS ESPERADOS

- .Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
- .Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
- .Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
- .Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
- .Familiarizarse con el DESA y su manejo..

MÉTODO

- Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
- Preparar presentaciones teóricas.
- Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
- Pasar test pre y pos formación.
- Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria

INDICADORES

- Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
- Nº de talleres = 0 > 1
- Aumento de la puntuación de los participantes en el test, tras la formación.

DURACIÓN

- Enero-Diciembre 2017
- Consejo de salud: mayo-junio 2017
- Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
- Cursos de RCP Básica: 3 horas
- Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-SE SOLICITÓ MATERIAL PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO A LA UNIDAD DOCENTE Y AL COLEGIO DE MÉDICOS.
-EL 03/02/2018: CHARLA PARA LA ASOCIACIÓN DE MUJERES DE BONANSA-MONTANUY.
-EL 20/04/2018: CURSO -TALLER DE RCP Y MANEJO DEL DESA PARA LAS PERSONAS ACREDITADAS EN LOS AÑOS ANTERIORES.
-EL 26/11/2018:CURSO-TALLER RCP-PRIMEROS AUXILIOS A 1º BACHILLERATO I.E.S. CASTEJÓN DE SOS.
-SE INFORMÓ DEL PROYECTO EN LOS CONSEJOS DE SALUD DE LA ZONA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LA S FICHAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA
-REGISTRO EN ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD.
-RESULTADOS DEL TEST INICIAL EN RELACIÓN CON EL TEST FINAL >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HA SIDO MUY POSITIVO Y DE GRAN UTILIDAD PRACTICA EL DESARROLLO DE ESTE PROYECTO.COMO AHORA ESTÁ CONSOLIDADO Y REGISTRADO EN LA AGENDA COMUNITARIA DECIMOS SU CIERRE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1408 ===== ***

Nº de registro: 1408

Título
FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretodo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

RESULTADOS ESPERADOS

- .Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
- .Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
- .Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
- .Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
- .Familiarizarse con el DESA y su manejo..

MÉTODO

- Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
- Preparar presentaciones teóricas.
- Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
- Pasar test pre y pos formación.
- Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria

INDICADORES

- Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
- Nº de talleres = 0 > 1
- Aumento de la puntuación de los participantes en el test, tras la formación.

DURACIÓN

- Enero-Diciembre 2017
- Consejo de salud: mayo-junio 2017
- Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
- Cursos de RCP Básica: 3 horas
- Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 - Información al EAP sobre la actividades que se realizan.
 - Actualización de octavillas informativas
 - Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
 - Información verbal sobre las ventajas de la Aplicación y del Aviso por SMS a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
 Los datos de casillas marcadas en BDU para SMS y el número de PIN generados, nos lo ha facilitado el CAU.
 Los datos sobre citas "web" nos los ha facilitado el Servicio de Informática de nuestro Sector.
 En todos los datos de SMS, Pin asignados y citas Web obtenidas, se observa un incremento notable.

AUTORIZA COMUNICACIÓN por SMS				INCREMENTO SMS			
CIAS	ene-17/ene-18/ene-19	CIAS	17-18	18-19			
1001130101Q	1	5	1001130101Q	66,67%			40,00%
1001130102V	39 125 170		1001130102V	68,80%	26,47%		
1001130103H	45 119 155		1001130103H	62,18%	23,23%		
1001130104L	0	4	10	1001130104L	100,00%		60,00%
1001130105C	43	85	130	1001130105C	49,41%		34,62%
1001130201R	32 71	91		1001130201R	54,93%	21,98%	
TOTALES	160 407	561		PROMEDIO	67,00%		34,38%

PINES GENERADOS				INCREMENTO PIN			
CIAS	ene-17/ene-18/ene-19	CIAS	17-18	18-19			
1001130101Q	0	3	5	1001130101Q	100,00%		40,00%
1001130102V	15	100 176		1001130102V	85,00%	43,18%	
1001130103H	7	86 145		1001130103H	91,86%		40,69%
1001130104L	1	1	8	1001130104L	0,00%		87,50%
1001130105C	5	46 108		1001130105C	89,13%		57,41%
1001130201R	2	53	82	1001130201R	96,23%		35,37%
TOTALES	30	289	524	PROMEDIO	77,04%		50,69%

CITAS "WEB" REGISTRADAS: incremento: año 2017: 33%, año 2018: 28%

CIAS	2016	2017	2018
0101Q	18	20	15
0102C	28	91	152
0103H	63	107	201
0104L	186	171	104
0105C	42	86	170
PEDIATRIA	8	41	69
PUYUELO	6	13	20
ALONSO	8	15	33
MORED	19	15	10
GªGONZALEZ	0	8	17
MARTINEZ	0	0	1
TOTAL AÑO	378	567	792

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
 Estos datos indican una implicación del usuario en el sistema. En la Aplicación tienen su agenda de visitas, por lo que pueden gestionarlas y solicitar anulaciones, lo que ayuda a disminuir el absentismo, tanto a Primaria como a Especializada, ésta última más necesaria, dadas las listas de espera.

7. OBSERVACIONES.
 Deseamos continuar un año más con este Proyecto para conseguir una mayor cobertura. En nuestro Centro de Salud tenemos un 15,70% de absentismo a Especializada y creemos necesario bajar esta cifra.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1461 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Nº de registro: 1461

Título

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:

GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.

-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.

Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan

- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.

2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:

- A través de Internet, en www.saludinforma.es
- Mediante la APP "saludinforma"

Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):

- La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
- La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.

El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO

- Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
- Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
- Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES

Cada año solicitaremos los siguientes datos:

- Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
- Número de PIN generados en BDU.
- Número de citas dadas en OMI con la clave "web"

Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		
1001130105C	5		
1001130201R	2		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Casilla "SMS" activada:

CIAS ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
1001130101Q 1
1001130102V 39
1001130103H 45
1001130104L 0
1001130105C 43
1001130201R 32

Citas dadas por "web" **

CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:		2460			
1001130104L:	492				
1001130105C:	1476				

**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN

Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.

El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA
YUSTE ARA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración y actualización de octavillas informativas
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
- Información verbal a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Exponemos a continuación los datos de nuestro C.S. que tenemos gracias a la participación del CAU (pin y sms) y de Informática de Barbastro (datos sobre citas web) (Alfredo Yuste Ara)

Resultados acumulados a ENERO DE 2020:

autoriza comunicación por SMS: promedio aumento con respecto al año anterior: 16,30%

CIAS	2017/2018	2019/2020		
1001130101Q	1/ 3/	5/	5	
1001130102V	39/125/	170/208		
1001130103H	45/119/	155/189		
1001130104L	0/	4/	10/	11
1001130105C	43/	85/	130/172	
1001130201R	32/	71/	91/	103
TOTALES	160/	407/561/688		

PIN ACTIVADOS: promedio de aumento con respecto al año anterior: 25%

CIAS	2017/2018	2019/2020		
1001130101Q	0/	3/	5/	7
1001130102V	15/	100/176/247		
1001130103H	7/	86/	145/204	
1001130104L	1/	1/	8/	9
1001130105C	5/	46/	108/166	
1001130201R	2/	53/	82/	101
TOTALES	30/289/	524/734		

Desde el inicio del Programa de Calidad, en esta Zona de Salud se ha pasado de 160 casillas "SmS" activadas a 688. Nos parece importante seguir insistiendo en promocionar los "SMS" ya que es un recordatorio de sus citas con el hospital y va directamente relacionado con el absentismo a citas, que en este Centro de Salud ronda el 15 % y deseamos bajar esta cifra aumentando la implicación del usuario.

Con respecto a los PIN asignados, ocurre lo mismo, iniciamos con 30 y este año tenemos 734.

Es muy importante para nosotros dar a conocer la APP del Salud, que facilita mucho obtener cita sin tener que llamar y a cualquier hora, además de tener una "agenda médica" con la relación de todas sus citas de AP y AE y de su medicación, su lista de espera quirúrgica, etc.

En cuanto a las citas "web" hemos pasado de 378 a 935 y deseamos seguir incrementándolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cerramos el Proyecto pero seguimos en la línea de insistir y subir estos datos, ya que facilita el contacto del usuario con el Salud a la vez que disminuye un poco la saturación de llamadas en el Servicio de Admisión del Centro de Salud.

Creo que esto sería aún más importante en Centros de Salud con mucha población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1461 ===== ***

Nº de registro: 1461

Título
FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:
• A través de Internet, en www.saludinforma.es
• Mediante la APP "saludinforma"
Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):
• La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
• La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.
El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO
• Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
• Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
• Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
• Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES
Cada año solicitaremos los siguientes datos:
• Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
• Número de PIN generados en BDU.
• Número de citas dadas en OMI con la clave "web"
Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		
1001130105C	5		
1001130201R	2		

Casilla "SMS" activada:

CIAS	ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
1001130101Q	1
1001130102V	39
1001130103H	45
1001130104L	0

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

1001130105C	43				
1001130201R	32				
Citas dadas por "web" **					
CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:		2460			
1001130104L:	492				
1001130105C:	1476				

**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN

Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.

El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BITRIAN AISA PILAR
LAFUENTE PALACIN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Pacientes EPOC con más de 6 meses desde el diagnóstico, en consulta de enfermería se explica en que consiste la intervención (al paciente y al familiar).
Anatarlo en historia clínica.
Cada intervención consta de 10 participantes (entre pacientes y cuidadores) y tiene que haber 4 de reserva.
4 sesiones de 1 h 30 minutos, con talleres.
Se realiza cuestionario de conocimientos antes y a los 6 meses de la intervención. Cuestionario de uso de inhaladores antes y despues intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sumatorio (%test conocimientos a los 6 meses- % test conocimientos pre, de todos los participantes)/ nº participantes = 11.44 % (el objetivo era aumentar un 5%).
Sumatorio (%test inhaladores post- %test inhaladores pre) / nº participantes = 25.97% (el objetivo era aumentar un 5%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al igual que en la búsqueda bibliográfica hemos vista que la educación sanitaria aumenta los niveles de conocimientos y habilidades de los pacientes con EPOC.
Se debería de realizar una sesión de mantenimiento, en los pacientes que ya han recibido la intervención, cada 2 años.
Debemos continuar realizando esta intervención en todos aquellos pacientes con EPOC del CS de Fraga.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título
INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Autores:
ARESTE ALBA NURIA, BITRIAN AISA PILAR, LAFUENTE PALACIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS

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

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

PROBLEMA

En septiembre de 2011 se implantó el Programa de EPOC en el Servicio Aragonés de la Salud por parte del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Posteriormente, en el año 2013 se realizó una revisión exhaustiva de historias clínicas, de los 113 pacientes diagnosticados de EPOC se observó que a solo un 0,86% de éstos se les había aplicado dicho programa.
En los últimos datos publicados en el Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN), se habla de una prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

10,2%, aumentando ésta con la edad, el consumo de tabaco y siendo mayor en los pacientes con menor nivel educativo. La EPOC destaca por su elevada morbimortalidad, así como por un elevado coste sanitario, un incremento en el porcentaje de absentismo laboral, y una disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Se ha constatado que la rehabilitación pulmonar (RP) tiene efectos beneficiosos en pacientes con EPOC, a la vez que aumenta su capacidad funcional y su calidad de vida, disminuye sus exacerbaciones, las visitas a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. Lo mismo pasa con la vacuna de la gripe, ésta disminuye las exacerbaciones; En cambio, no podemos decir lo mismo de la vacuna neumocócica 23 valente, por no tener suficiente evidencia, aunque se recomienda su administración y continuar con su investigación. Los programas de RP se centran en la actividad física e incluyen educación a pacientes en autocontrol y cambios de estilos de vida, siendo el más importante el abandono del hábito tabáquico, ya que esta medida se ha demostrado eficaz y la principal para evitar el desarrollo y progresión de la EPOC.

Los cuidadores, especialmente si son familia, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los pacientes. El hecho de cuidar pacientes con enfermedades crónicas, a menudo, tiene un impacto psicológico negativo. Aumentando sus conocimientos se puede reducir este impacto negativo, tanto en los pacientes como a en sus cuidadores.

Debido a todo lo anterior descrito, decidimos poner en marcha, en mayo de 2014, un programa de intervención educativa a pacientes con EPOC y sus cuidadores.

Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes diagnosticados de EPOC mediante una intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la administración de los inhaladores en estos pacientes, en un 10%.
2. Autoevaluar los signos y síntomas de las exacerbaciones.
3. Realizar correctamente los ejercicios respiratorios.
4. Conseguir el abandono del hábito tabáquico del 100% de los pacientes con EPOC.
5. Disminuir el número de visitas a urgencias en un 10%
6. Aumentar el número de pacientes con EPOC vacunados de la gripe y del neumococo, en un 10%.

MÉTODO

- Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30 minutos, una vez por semana). Dicha intervención se realiza dos veces al año.
- Grupos de 10-12 personas, entre pacientes y cuidadores.
- Test de conocimientos previo intervención y tras la intervención (a los 0, 3 y 6 meses).
- Test de manejo de inhaladores previo intervención y tras ella.
- Revisión del objetivo del abandono del hábito tabáquico, ya que igual es una utopía.
- Registro de las sesiones en la historia clínica de cada paciente.
- Registro de los resultados de los test en la historia clínica de cada paciente.

INDICADORES

Test de conocimientos post intervención 0 m - test pre intervención

- Test de conocimientos post intervención 3 m - test pre intervención
- Test de conocimientos post intervención 6 m - test pre intervención
- Test manejo de inhaladores post intervención - test pre intervención
- Visitas urgencias post intervención a los 6 meses- visitas urgencias 6 meses anteriores a la intervención
- Número de pacientes vacunados de la gripe post intervención - Número de pacientes vacunados de la gripe pre intervención
- Número de pacientes vacunados del pneumococo post intervención - número de pacientes vacunados del pneumococo pre intervención

Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado de estos indicadores es el marcado por los objetivos específicos.

DURACIÓN

1er y 3er trimestre del año selección de los participantes.
2º y 4º trimestre realización de la intervención.
1 vez/año taller de inhaladores con los profesionales del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA PILAR BITRIAN AISA
MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30 minutos, una vez por semana). Este año 2018 se ha realizado un grupo en mayo y en diciembre se hizo un recordatorio a los primeros grupos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes tras la intervención han aumentado una media de 26% en cuanto a los conocimientos. Y un 19.9 % en la técnica de inhalación. Esto en cuanto al grupo de mayo. En cuanto al grupo de recordatorio solo se les pasó el cuestionario de conocimientos habiendo un aumento del 9.2%. Aquí vemos que el aumento ha sido menor al del grupo de mayo, pero tras analizar las encuestas hemos visto que en este grupo, que ya habían realizando la intervención con anterioridad y ahora era un recordatorio, el nivel de conocimientos previo era mayor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos visto que la intervención educativa es efectiva para aumentar los conocimientos y las habilidades. Por lo cual creemos que es necesario continuar con la intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título
INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Autores:
ARESTE ALBA NURIA, BITRIAN AISA PILAR, LAFUENTE PALACIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

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

PROBLEMA

En septiembre de 2011 se implantó el Programa de EPOC en el Servicio Aragonés de la Salud por parte del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Posteriormente, en el año 2013 se realizó una revisión exhaustiva de historias clínicas, de los 113 pacientes diagnosticados de EPOC se observó que a solo un 0,86% de éstos se les había aplicado dicho programa. En los últimos datos publicados en el Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN), se habla de una prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España de 10,2%, aumentando ésta con la edad, el consumo de tabaco y siendo mayor en los pacientes con menor nivel educativo. La EPOC destaca por su elevada morbimortalidad, así como por un elevado coste sanitario, un incremento en el porcentaje de absentismo laboral, y una disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Se ha constatado que la rehabilitación pulmonar (RP) tiene efectos beneficiosos en pacientes con EPOC, a la vez que aumenta su capacidad funcional y su calidad de vida, disminuye sus exacerbaciones, las visitas a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. Lo mismo pasa con la vacuna de la gripe, ésta disminuye

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

las exacerbaciones; En cambio, no podemos decir lo mismo de la vacuna neumocócica 23 valente, por no tener suficiente evidencia, aunque se recomienda su administración y continuar con su investigación. Los programas de RP se centran en la actividad física e incluyen educación a pacientes en autocontrol y cambios de estilos de vida, siendo el más importante el abandono del hábito tabáquico, ya que esta medida se ha demostrado eficaz y la principal para evitar el desarrollo y progresión de la EPOC.

Los cuidadores, especialmente si son familia, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los pacientes. El hecho de cuidar pacientes con enfermedades crónicas, a menudo, tiene un impacto psicológico negativo. Aumentando sus conocimientos se puede reducir este impacto negativo, tanto en los pacientes como a en sus cuidadores.

Debido a todo lo anterior descrito, decidimos poner en marcha, en mayo de 2014, un programa de intervención educativa a pacientes con EPOC y sus cuidadores.

Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes diagnosticados de EPOC mediante una intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la administración de los inhaladores en estos pacientes, en un 10%.
2. Autoevaluar los signos y síntomas de las exacerbaciones.
3. Realizar correctamente los ejercicios respiratorios.
4. Conseguir el abandono del hábito tabáquico del 100% de los pacientes con EPOC.
5. Disminuir el número de visitas a urgencias en un 10%
6. Aumentar el número de pacientes con EPOC vacunados de la gripe y del neumococo, en un 10%.

MÉTODO

- Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30 minutos, una vez por semana). Dicha intervención se realiza dos veces al año.
- Grupos de 10-12 personas, entre pacientes y cuidadores.
- Test de conocimientos previo intervención y tras la intervención (a los 0, 3 y 6 meses).
- Test de manejo de inhaladores previo intervención y tras ella.
- Revisión del objetivo del abandono del hábito tabáquico, ya que igual es una utopía.
- Registro de las sesiones en la historia clínica de cada paciente.
- Registro de los resultados de los test en la historia clínica de cada paciente.

INDICADORES

Test de conocimientos post intervención 0 m - test pre intervención

- Test de conocimientos post intervención 3 m - test pre intervención
- Test de conocimientos post intervención 6 m - test pre intervención
- Test manejo de inhaladores post intervención - test pre intervención
- Visitas urgencias post intervención a los 6 meses- visitas urgencias 6 meses anteriores a la intervención
- Número de pacientes vacunados de la gripe post intervención - Número de pacientes vacunados de la gripe pre intervención

• Número de pacientes vacunados del pneumococo post intervención - número de pacientes vacunados del pneumococo pre intervención

Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado de estos indicadores es el marcado por los objetivos específicos.

DURACIÓN

1er y 3er trimestre del año selección de los participantes.

2º y 4º trimestre realización de la intervención.

1 vez/año taller de inhaladores con los profesionales del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARESTE ALBA NURIA
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
SISCART TRESANCHEZ DOLORS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- revisión diaria: de la bala de oxígeno de urgencias y firmar registro, y de la temperatura de la nevera de urgencias y firmar registro.
- revisión mensual: comprobar material y caducidades el día uno de cada mes. Firmar registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de los registros realizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al estar protocolizado, se han realizado las actividades y se ha conseguido el objetivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/637 ===== ***

Nº de registro: 0637

Título
PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, ARESTE ALBA NURIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CALDERO SANTIAGO LIDIA, CASAS SORO SILVIA, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

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

PROBLEMA
- Continuar con las mejoras del protocolo del año pasado - Control de las existencias en el almacén - Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada - Control de caducidades. Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de atención continuada diseñada orgánica y funcionalmente para atender al paciente, con una garantía asistencial que permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia. El presente proyecto trata de continuar con la sistemática que recoge el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la zona de atención continuada. El mantenimiento de una zona de atención continuada con todos los materiales y fármacos necesarios, y el aparataje en correcto funcionamiento, que con los resultados de este año vemos que nos ayuda a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.

RESULTADOS ESPERADOS
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la zona de AC, con una periodicidad mensual • Registro del informe de verificación de los aparatos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

(electrocardiógrafo, desfibrilador y otros), conforme a las normas ISO • Registro y control puntual (el 1er fin de semana de cada mes) y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO. • Continuar con la participación activa de todos los profesionales del CS que ejercen parte de su actividad en la zona de AC. • Desarrollar el protocolo establecido de consenso y garantizar su cumplimiento. • Editar el protocolo para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria. • Cumplimiento adecuado de las tareas previstas.

MÉTODO

Designación de un profesional responsable de verificar calidad y el cumplimiento del proyecto. • Evaluación constante de los principales indicadores de calidad, que ha de garantizar un correcto funcionamiento de este servicio. • Reposición del material del servicio de AC cada viernes por las enfermeras que estén de guardia. • Control y registro de las caducidades de las consultas, los boxes y los maletines de AC el 1er fin de semana de cada mes por la mitad del equipo de guardia. • Control y registro del mantenimiento preventivo de los aparatajes de la zona de AC el 1er fin de semana de cada mes por las enfermeras de guardia. • Realización del pedido de farmacia y material fungible cada 15 días (los viernes) por las enfermeras de guardia. • Control y registro de las caducidades del almacén del servicio de AC una vez/mes (coincidiendo con el 1er pedido de almacén del mes) por las enfermeras de guardia. • Comprobar y registrar diariamente la existencia, de al menos el 25%, de oxígeno de la bombona portátil por las enfermeras que estén de 3 a 5, en caso de existir menos cambiar la bombona. • Comprobar y registrar temperatura de la nevera de las vacunas diariamente por la enfermera que entre de guardia. • Control y registro de la esterilización una vez por semana por las enfermeras de guardia. • Limpieza y mantenimiento del vehículo de urgencias según protocolo. • Los maletines de urgencias, el DESA, el ECG portátil y la bombona de oxígeno portátil están ubicadas en el pasillo de la sala de estar de la zona de AC. • Presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica. • Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento. • Reuniones del equipo, con registro en ISO. •

• Continuar con el sistema de registro elaborado el año pasado de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001

INDICADORES

Indicadores operativos: grado de cumplimentación de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador. Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >80%.

DURACIÓN

Programa iniciado el año pasado.
Continuidad del protocolo elaborado el año pasado.

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 - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARESTE ALBA NURIA
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
SISCART TRESANCHEZ DOLORS
CALDERO SANTIAGO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Revisión diaria: De 15 a 22 horas la enfermera de guardia. A las 8 de la mañana la enfermera de pediatría.
- Comprobar la presencia y funcionamiento de la bala de oxígeno
- Firmar la hoja de registro, presente en el carro en soporte papel, identificándose con su nombre
- Si algo de los dos primeros puntos no está correcto, solventarlo en el acto o dar parte de incidencias
- Comprobar la temperatura de la nevera de urgencias y registrarla

2. Revisión mensual: día 1 de cada mes de 15 a 17 horas. Primer fin de semana de cada mes
- Comprobar material y caducidades
- Firmar la hoja presente en el carro soporte papel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: (Registros realizados/ total registros a realizar) x 100
Resultado 94% (siendo el objetivo haber conseguido > 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido el objetivo establecido.
Nos hemos dado cuenta que al estar protocolizadas las actividades, éstas se llevan a cabo. Y al mismo tiempo, detectamos problemas e intentamos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/637 ===== ***

Nº de registro: 0637

Título
PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, ARESTE ALBA NURIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CALDERO SANTIAGO LIDIA, CASAS SORO SILVIA, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

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

PROBLEMA
- Continuar con las mejoras del protocolo del año pasado - Control de las existencias en el almacén - Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada - Control de caducidades. Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de atención continuada diseñada orgánica y funcionalmente para atender al paciente, con una garantía asistencial que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia. El presente proyecto trata de continuar con la sistemática que recoge el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la zona de atención continuada. El mantenimiento de una zona de atención continuada con todos los materiales y fármacos necesarios, y el aparataje en correcto funcionamiento, que con los resultados de este año vemos que nos ayuda a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.

RESULTADOS ESPERADOS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la zona de AC, con una periodicidad mensual • Registro del informe de verificación de los aparatos (electrocardiógrafo, desfibrilador y otros), conforme a las normas ISO • Registro y control puntual (el 1er fin de semana de cada mes) y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO. • Continuar con la participación activa de todos los profesionales del CS que ejercen parte de su actividad en la zona de AC. • Desarrollar el protocolo establecido de consenso y garantizar su cumplimiento. • Editar el protocolo para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria. • Cumplimiento adecuado de las tareas previstas.

MÉTODO

Designación de un profesional responsable de verificar calidad y el cumplimiento del proyecto. • Evaluación constante de los principales indicadores de calidad, que ha de garantizar un correcto funcionamiento de este servicio. • Reposición del material del servicio de AC cada viernes por las enfermeras que estén de guardia. • Control y registro de las caducidades de las consultas, los boxes y los maletines de AC el 1er fin de semana de cada mes por la mitad del equipo de guardia. • Control y registro del mantenimiento preventivo de los aparatajes de la zona de AC el 1er fin de semana de cada mes por las enfermeras de guardia. • Realización del pedido de farmacia y material fungible cada 15 días (los viernes) por las enfermeras de guardia. • Control y registro de las caducidades del almacén del servicio de AC una vez/mes (coincidiendo con el 1er pedido de almacén del mes) por las enfermeras de guardia. • Comprobar y registrar diariamente la existencia, de al menos el 25%, de oxígeno de la bombona portátil por las enfermeras que estén de 3 a 5, en caso de existir menos cambiar la bombona. • Comprobar y registrar temperatura de la nevera de las vacunas diariamente por la enfermera que entre de guardia. • Control y registro de la esterilización una vez por semana por las enfermeras de guardia. • Limpieza y mantenimiento del vehículo de urgencias según protocolo. • Los maletines de urgencias, el DESA, el ECG portátil y la bombona de oxígeno portátil están ubicadas en el pasillo de la sala de estar de la zona de AC. • Presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica. • Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento. • Reuniones del equipo, con registro en ISO. •

• Continuar con el sistema de registro elaborado el año pasado de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001

INDICADORES

Indicadores operativos: grado de cumplimentación de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador. Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >80%.

DURACIÓN

Programa iniciado el año pasado.
Continuidad del protocolo elaborado el año pasao.

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 - 2016/0758

1. TÍTULO

INTERVENCION EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA LLORENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN ARANDA MANUEL
ALBAS MARTINEZ PILAR
MILLANES GALLINAT PATRICIA
ROYES SATORRES ALICIA
CALDERO SANTIAGO LIDIA
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan 3 intervenciones:

- Formación dirigida a población infantil en "Hábitos de higiene". A cargo de Alicia Royes, para aproximadamente 200 personas entre niños y adultos.

- Formación en Cribado de Cáncer de Cuello de Útero con "auto-toma" en colaboración con AECC y Asociaciones de Amas de Casa locales, realizada a cargo de las Matronas del C.S Fraga (Patricia Millanes) en conjunto con el Servicio de Ginecología de Barbastro (M^a Ángeles Aragón); y en el marco de un proyecto de calidad que se desarrolla desde 2005. Se realiza esta intervención con la comunidad en Zaidin (70 asistentes), Torrente de Cinca (40 asistentes), Mequinenza (50 asistentes) y Fraga (100 asistentes).

- Participación de 2 profesionales de C.S Fraga (Adoración Noguero, M^a Pilar Albás) en el curso de deshabituación tabáquica organizado por AECC de Bajo Cinca

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: 2-3 Intervenciones en comunidad en diferentes activos

Resultado Se realizan 3 intervenciones en diferentes ámbitos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el objeto de mejorar la programación de las Actividades de Intervención Comunitaria, orientada a las necesidades de la Zona Básica de Salud se presenta el Proyecto de Calidad: PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA.

7. OBSERVACIONES.

Actualmente en fase de diseño y recogida de datos demográficos y sanitarios de la Zona Básica de Salud.

Encuesta e indicadores de Salud creados.

Resultados y análisis cartográfico Julio.

Priorización Septiembre-Octubre.

Puesta en marcha Acción Comunitaria.

Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación.

Durante 1er trimestre del 2018 recomposición del grupo por cambios del personal del CS debido a los traslados, lo que implica modificación del cronograma con retrasos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/758 ===== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Autores:
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ALBAS MARTINEZ PILAR, ELIAS VILLANUEVA ESTHER, MILLANES GALLINAT PATRICIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

INTERVENCION EN LA COMUNIDAD

TEMAS

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población flotante (temporeros); se plantea un estudio para orientar el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP), no sólo basado en la demanda de atención sanitaria, sino ofreciendo actividades centradas en la Comunidad, con el objetivo de la Salutogénesis.
Se propone una revisión del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de la Zona Básica de Salud (ZBS), partiendo del DSC realizado en Fraga en Mayo de 2000, desde la recogida y análisis de datos: sanitarios, sociales, demográficos y cualitativos de percepción de salud tanto por parte de la población como de agentes sociales.
Se pondrá especial interés en los determinantes de salud, con la intención de orientar futuras acciones dentro de la Atención Comunitaria, con intervención multisectorial.
Tras una adecuada priorización de los problemas de salud, será fundamental la participación activa del Consejo de Salud para iniciar la Atención Comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mapa de la ZBS y Activos en Salud
- Identificación de problemas de Salud de la Comunidad
- Priorización de los problemas de Salud detectados y actuación sobre los mismos
- Mejoría de los determinantes de salud sobre los que se actúa

MÉTODO

- Propuesta de indicadores socio-sanitarios y demográficos que se recogerán bianualmente
- Diseño de Encuesta de Salud en dos niveles: población general y agentes sociales /profesionales sanitarios
- Realización de estadística (SPSS y Epidat) y cartografía sanitaria (ArcGis)
- Priorización de la orientación de la actividad de Atención Comunitaria a través de método Hanlon y criterio experto
- Desarrollo de la Actividad Comunitaria para los próximos 2 años

INDICADORES

- Diagnóstico de estado de Salud de la ZBS.
- Alcanzar en encuesta de Salud un número representativo de encuestas según la población en censo de la ZBS que incluya al menos 2 zonas rurales.
- Se obtendrán al menos 3 líneas de actuación para orientar la Atención Comunitaria, tras técnicas de priorización.
- Valorar mejora de índices de determinantes de Salud en un 5%.

DURACIÓN

Diseño del estudio de recogida de datos. Fecha límite 15 de Diciembre 2016
Contacto con diferentes agentes sociales y administraciones locales para desarrollo común de proyecto. Fecha límite 15 de Febrero 2017
Primeros resultados indicadores socio-sanitarios y demográficos 15 marzo de 2017
Encuesta de Salud durante mes de mayo-junio 2017
Resultados y análisis cartográfico 15 julio 2017
Priorización 15 septiembre 2017
Puesta en marcha Acción Comunitaria 15 octubre 2017
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación: 15 octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA LLORENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLANES GALLINAT PATRICIA
CALDERO SANTIAGO LIDIA
ALBAS MARTINEZ PILAR
SISCART TRESANCHEZ DOLORS
VELASCO MANRIQUE MARTA
NAVASA DE SUS INES
MORERA SERRA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la Encuesta de Salud, en sus fases de desarrollo y acotado de preguntas a realizar a la población. Encontrándonos en este momento en fase de contactar con organizaciones, asociaciones y diversas administraciones locales tras la cual se pondrá fecha para extenderla a la población.
Por otro lado se han seleccionado indicadores de salud y sociodemográficos para complementar los resultados de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente de resultados de la encuesta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización del proyecto en C.S. Fraga, hemos visto que un proyecto grande es complicado cuando se tienen varios cambios de plantilla, teniendo que ajustar el proyecto a los cambios y teniendo que reiniciar partes del mismo. No obstante con buena aceptación de los nuevos miembros del equipo, por lo que se tiene interés en seguir adelante con el mismo, ya que puede ser bueno para la población y la Zona Básica de Salud en la orientación de nuestra actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/758 ===== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Autores:
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ALBAS MARTINEZ PILAR, ELIAS VILLANUEVA ESTHER, MILLANES GALLINAT PATRICIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población flotante (temporeros); se plantea un estudio para orientar el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP), no sólo basado en la demanda de atención sanitaria, sino ofreciendo actividades centradas en la Comunidad, con el objetivo de la Salutogénesis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Se propone una revisión del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de la Zona Básica de Salud (ZBS), partiendo del DSC realizado en Fraga en Mayo de 2000, desde la recogida y análisis de datos: sanitarios, sociales, demográficos y cualitativos de percepción de salud tanto por parte de la población como de agentes sociales. Se pondrá especial interés en los determinantes de salud, con la intención de orientar futuras acciones dentro de la Atención Comunitaria, con intervención multisectorial. Tras una adecuada priorización de los problemas de salud, será fundamental la participación activa del Consejo de Salud para iniciar la Atención Comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mapa de la ZBS y Activos en Salud
- Identificación de problemas de Salud de la Comunidad
- Priorización de los problemas de Salud detectados y actuación sobre los mismos
- Mejoría de los determinantes de salud sobre los que se actúa

MÉTODO

- Propuesta de indicadores socio-sanitarios y demográficos que se recogerán bianualmente
- Diseño de Encuesta de Salud en dos niveles: población general y agentes sociales /profesionales sanitarios
- Realización de estadística (SPSS y Epidat) y cartografía sanitaria (ArcGis)
- Priorización de la orientación de la actividad de Atención Comunitaria a través de método Hanlon y criterio experto
- Desarrollo de la Actividad Comunitaria para los próximos 2 años

INDICADORES

- Diagnóstico de estado de Salud de la ZBS.
- Alcanzar en encuesta de Salud un número representativo de encuestas según la población en censo de la ZBS que incluya al menos 2 zonas rurales.
- Se obtendrán al menos 3 líneas de actuación para orientar la Atención Comunitaria, tras técnicas de priorización.
- Valorar mejora de índices de determinantes de Salud en un 5%.

DURACIÓN

Diseño del estudio de recogida de datos. Fecha límite 15 de Diciembre 2016
Contacto con diferentes agentes sociales y administraciones locales para desarrollo común de proyecto. Fecha límite 15 de Febrero 2017
Primeros resultados indicadores socio-sanitarios y demográficos 15 marzo de 2017
Encuesta de Salud durante mes de mayo-junio 2017
Resultados y análisis cartográfico 15 julio 2017
Priorización 15 septiembre 2017
Puesta en marcha Acción Comunitaria 15 octubre 2017
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación: 15 octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0770

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PEÑA CORALIA
CASAUS CALAVIA VIRGINIA
PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES
GARCIA SANCHEZ SILVIA
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión de equipo.
Recogida de interconsulta en consulta de ginecología por motivo de metrorragia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio de recogida de datos en consulta de ginecología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los cambios acontecidos debido a los traslados y oposiciones en el CS de Fraga, centro de especialidades y servicio de ginecología del Hospital de Barbastro, el equipo de trabajo a quedado desmembrado. Por todo ello, posponemos y queda suspedido, de momento, el proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/770 ===== ***

Nº de registro: 0770

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CENTRO DE SALUD FRAGA. COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, GONZALEZ PEÑA CORALIA, MILLANES GALLINAT PATRICIA, CASAUS CALAVIA VIRGINIA, PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES, GARCIA SANCHEZ SILVIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las metrorragias son el motivo de la mayoría de interconsultas realizadas desde Atención Primaria a Ginecología, suponiendo en el mes de septiembre el 47% de los motivos de derivación en el C.S. Bajo Cinca. La metrorragia se define como sangrado procedente de la cavidad uterina, entre periodos menstruales, en cantidad y duración variables y sin relación con el ciclo menstrual (Muxi C, 2009; Fraser IS, 2011). Se realiza búsqueda de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Uterine Hemorrhage, Metrorrhagia y Primary Health Care (28/9/16), para posterior lanzamiento de búsquedas bibliográfica encontrando en la actualidad escasos datos relativos a la frecuencia de consulta en Atención Primaria. En 57 artículos extraídos, sólo M. Shapley y colaboradores 2004, estudian la presencia de estos síntomas en mujeres de 18 a 54 años: menorragia 25% (IC: 22-29); cambios en patrón del ciclo 29% (IC: 26-32); ciclos más cortos 21% (IC: 19-24); ciclos más largos 15%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0770

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE

(IC: 13-18); sangrado intermenstrual 17% (IC: 14-19); sangrado postcoital 6% (IC: 5-8); periodo prolongado 9% (IC: 7-11). Por otro lado, en nuestro quehacer diario suponen una de las causas más habituales de derivación a las consultas de ginecología. Se estima una incidencia de sangrado uterino anormal entre 11-13% y va aumentando con la edad hasta el 24% entre 36-40 años (Marret H 2010).

Entre las causas que explican la etiología de las metrorragias están las orgánicas (miomas, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales); las iatrogénicas (spotting por anticoncepción hormonal); las disfuncionales, ya sean con ovulación o con anovulación, siendo éstas últimas las más frecuentes en la perimenopausia y pubertad; y las metrorragias postmenopáusicas.

RESULTADOS ESPERADOS

El presente proyecto trata de establecer unas pautas de diagnóstico y actuación ante la mujer que acude a la consulta de atención primaria por metrorragia, estableciendo unos criterios claros de coordinación y derivación a Atención Especializada, si precisa. Para ello, se contemplan los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la atención a las pacientes que presenten esta patología

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la incidencia de metrorragias en Atención Primaria.
- Elaborar una guía práctica sobre manejo de metrorragias en Atención Primaria coordinada y consensuada con Atención Especializada.
- Mejorar la calidad de vida de las pacientes afectas.
- Disminuir la lista de espera.
- Facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mejorar la eficiencia en la atención a metrorragias.
- Adecuación de la derivación de Atención Primaria a Especializada en metrorragias.
- Disminuir los tiempos de espera para mujeres que realmente necesiten Atención Especializada prioritaria.
- Disminuir la derivación a servicios de urgencias de mujeres con metrorragias susceptibles de ser tratadas en consultas.

MÉTODO

- Crear un equipo de trabajo
- Fomentar la formación de los médicos de atención primaria
- Revisar protocolos sobre metrorragias y elaborar uno adecuado y adaptado a nuestro centro
- Establecer circuito asistencial
- Elaborar un sistema de registro de datos referentes a metrorragias para evaluación del proyecto
- Monitorizar el número de derivaciones por esta patología a Atención Especializada y servicios de urgencias

INDICADORES

- Nº de mujeres que consultan en Atención Primaria por metrorragia
- Disminución del porcentaje en % de éstas que son derivadas a Atención Especializada
- Mejoría de la adecuación de la derivación a consulta de Atención Especializada de acuerdo a la prioridad (normal o preferente) en %
- Porcentaje de mujeres que llegan a Ginecología con hemograma realizado.

DURACIÓN

Recogida de datos de incidencia de metrorragias en Atención Primaria: Octubre 2016.
Recogida de datos de derivaciones realizadas a Atención Especializada: Septiembre-Octubre 2016.
Reunión del equipo, organización y reparto de tareas: Noviembre 2016
Elaboración de la guía y establecimiento de circuitos de derivación: Noviembre-Diciembre 2016
Presentación al resto del equipo de Atención Primaria en Diciembre 2017
Evaluación en Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0022

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA SANCHEZ ADRIAN
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un protocolo de Tratamiento conservador de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Sesiones clínicas en CS de Castejón de Sos (09.05.2016) y CS Graus (19.08.2016) para presentación del protocolo de derivación al Equipo de Atención Primaria. Charlas divulgativas en la comunidad acerca del cuidado del Suelo Pélvico (Graus, Secastilla, Lascuarre). Elaboración de un folleto de educación sanitaria con las pautas y fases del entrenamiento muscular del suelo pélvico, que se entrega a todas las mujeres que cumplen los criterios de inclusión para el programa. Puesta en marcha del programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico, que consta de una visita de valoración inicial con la matrona, de 1-5 sesiones de fisioterapia y una valoración final con la matrona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de mujeres derivadas para iniciar el programa ha sido de: 25, de las cuales 12 cumplían los criterios de inclusión. El número de sesiones ha oscilado entre 1 y 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la valoración realizada concluimos que el número de mujeres incluidas en el programa es muy bajo, teniendo en cuenta la alta prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Por ello se realizarán en 2018 sesiones clínicas en los EAP para divulgar el proyecto. Además se observa una mala adherencia al programa de entrenamiento. Por ello se realizará durante el año 2018 un trabajo de investigación cualitativa que indague en los factores asociados a la mala adherencia terapéutica, para poder posteriormente realizar los cambios y mejoras pertinentes.

7. OBSERVACIONES.

Hasta dic de 2016 la persona responsable del proyecto fue Verónica Blanco Gimeno, matrona. El motivo de su retirada fue, que por un concurso de traslados, ya no ejerce en el CS de Graus-Castejón de Sos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/22 ===== ***

Nº de registro: 0022

Título
TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es muy prevalente en las mujeres de edad avanzada y supone también la forma más común de incontinencia urinaria (IU) en las mujeres menores de 75 años, ya que afecta a casi un 50% de ellas. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente su calidad de vida, ya que reduce su autoestima, merma su autonomía e influye en la esfera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0022

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

de las relaciones sociales.

La IUE se define como la pérdida súbita e involuntaria de orina asociada a cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal. Esto provoca que la presión intravesical aumente y supere a la presión del sistema esfinteriano uretral, en ausencia de contracción del detrusor.

La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, y ésta puede estar reducida por dos causas que pueden coexistir: la "deficiencia esfinteriana intrínseca" y la uretra "hipermóvil", en la que los elementos de sostén de la uretra (entre ellos el suelo pélvico) están debilitados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Prestar atención sanitaria a la mujer que presenta IUE y cuyo médico de referencia se sitúe en los CS de Graus y Castejón de Sos, con objeto de mejorar su situación clínica y prevenir complicaciones futuras, mejorando así su calidad de vida de forma integral.
- El objetivo se centrará en intentar resolver el problema de su IUE a través de las intervenciones necesarias, tanto asistenciales como de educación sanitaria, con los recursos disponibles en la zona de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar y captar a las mujeres que presentan IUE en las zonas de salud de referencia.
- Proporcionar una asistencia de buena calidad, centrada básicamente en el entrenamiento muscular del suelo pélvico, integrando patrones posturales, motrices y respiratorios adecuados en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Fomentar la autosuficiencia y el autocuidado.

MÉTODO

- Elaboración y puesta en marcha de un programa multidisciplinar (matrona-fisioterapeuta) de entrenamiento de suelo pélvico (ESP) en mujeres con IUE
- Establecer los criterios de inclusión y exclusión en el programa de ESP.
- Definir las actividades a realizar, tanto asistenciales como de educación sanitaria, quién las lleva a cabo, cuándo y de qué forma. Establecer un cronograma de actividades.

INDICADORES

- Presentación del programa multidisciplinar de ESP en sesiones clínicas
- Número de usuarias incluidas/excluidas en el programa. (para ello habría que realizar alguna adaptación en OMI para poder realizar esta búsqueda).

DURACIÓN

- Elaboración del programa multidisciplinar de ESP. Primer trimestre
- Presentación del programa en los EAP. Segundo trimestre
- Puesta en marcha del programa. Tercer trimestre
- Evaluación. Cuarto trimestre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUAL PLANAS MONTSERRAT
LASCORZ GOICOECHEA ANA
MAGAZ MONTANER RAQUEL
MARTI JARNE FERNANDO
CALDERON GRAU PILAR
MONCUS MURO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Reunión en Gerencia de Atención Primaria el 21.04.2017, de 13 a 15h con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Área de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación de las UFAP; propuesta de actividad de mejora de calidad para el año 2017. Se concluye en dicha reunión que dentro del Proyecto de Mejora de Calidad: "Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro" se pretende consensuar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia.
· Búsqueda bibliográfica y de Guías de funcionamiento de Unidades de Fisioterapia de diversos centros públicos. Lectura y análisis de cada uno de los documentos. Elaboración de un borrador.
· Reunión en H. de Barbastro el 27.10.2017, de 13 a 15h., con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Sector de Barbastro. Orden del día: Elaboración del documento de Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia. Puesta en común de las conclusiones extraídas en el análisis previo y presentación de diversos borradores. Discusión y aprobación de un documento consensuado.

CRONOGRAMA
· 1er TRIMESTRE. Se analiza la situación de las UFAP. Propuesta de elaborar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia dentro del marco del plan de mejora de calidad "Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro".
· 2º TRIMESTRE. Elaboración del documento.
· 3er TRIMESTRE. Presentación del borrador del documento.
· 4º TRIMESTRE. Presentación, discusión y aprobación por consenso del documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· La existencia de una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia contribuye a mejorar el conocimiento de los usuarios con respecto a este servicio sanitario.
· Dicha guía se exhibirá al público en un tablón accesible en el Centro de Salud donde se ubique dicha Unidad de Fisioterapia, y se le dará a conocer a los usuarios en el momento en que acudan a esta Unidad para recibir atención.
· Así mismo esta Guía ofrece:
· Información de cómo debe tramitarse la prescripción de Fisioterapia, entregándose en Admisión y no en las Salas de Fisioterapia
· Indicación de las condiciones en las que debe acudir el usuario a tratamiento, en cuanto a vestimenta, uso de las instalaciones, frecuentación, etc.
· Advertencia de los riesgos en salud que pueden sufrir determinados usuarios portadores de marcapasos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
· Mejora de la coordinación entre los profesionales
· Disminuir la variabilidad con el consenso con AE de unos criterios mínimos de derivación a las UFAP
· Es necesario continuar con el proyecto en 2018 para poder cumplir la totalidad de objetivos que se marcaron en un primer momento

7. OBSERVACIONES.
Se adjunta la guía de funcionamiento de la Unidad para usuarios

*** ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- * En cuanto a los usuarios:
 - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
 - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- * En cuanto a los profesionales:
 - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- * En cuanto a la organización/recursos económicos:
 - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

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 - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTI JARNE FERNANDO
MONFORT FERRIS SUSANA
MAGAZ MONTANER RAQUEL
GUAL PLANAS MONTSERRAT
BUISAN ESPIAS ROCIO
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Fecha de inicio del proyecto: 22.06.2018. El proyecto se consensúa en una reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro en el Hospital de Barbastro, en la que asiste la Directora de Enfermería, Ana Monclús.

* Segunda reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro, celebrada el 30.11.2018 en el Centro de Salud-Pediatría de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación actual de las UFAP. Las fisioterapeutas recientemente incorporados al área de Barbastro manifiestan su voluntad de participar en el AGC 2018-1484. Se les informa y se les hace entrega de la documentación relacionada con el anterior Proyecto de mejora de calidad 2016-0082: El "protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro" y la "Guía de funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia" y la presentación en power point del protocolo de derivación para su uso en las charlas informativas/sesiones clínicas en los Centros de salud.

Se analiza la situación de las UFAP y se comentan las siguientes situaciones:

- La UFAP de Barbastro ha recibido un montante de prescripciones de fisioterapia emitidas por el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro que originalmente iban destinadas a la Sala de Fisioterapia del propio Hospital.
- En la UFAP de Binéfar se observa cómo se derivan a Fisioterapia de forma reiterativa determinados pacientes desde AP, que demandan una atención quasi continuada. También se da el caso de pacientes derivados desde el Hospital de Lleida por médicos traumatólogos, que prescriben fisioterapia a pacientes con patología compleja o intervenidos quirúrgicamente, con indicaciones de tratamientos complejos y/o de larga continuidad. Ello supone, en ambos casos, un incumplimiento de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a fisioterapia de AP.
- Se acuerda por consenso que cada UFAP realice charlas informativas o sesiones clínicas en los Centros de Salud de referencia para exponer/recordar el protocolo de derivación a las UFAP, con el soporte de la presentación en power point elaborada para tal efecto. Se propone incluir este documento en la carpeta Común de cada Centro de Salud así como en el Manual de Acogida.
- Se acuerda por consenso que cuando un usuario inicie tratamiento fisioterápico, se hará constar en el protocolo de "Fisioterapia 1º día" los siguientes ítems:

Procedencia de la derivación:

- ? Médico de AP
- ? Pediatría
- ? Rehabilitación
- ? Otros

El registro de la pertinencia de la derivación a fisioterapia se realizará en cuanto se habilite dicho apartado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la incorporación de nuevos profesionales a las UFAP y la creación de una nueva UFAP en la ciudad de Barbastro, se ha establecido una coordinación y un consenso en cuanto a la utilización del Protocolo de derivación a las UFAP y a la Guía de funcionamiento de las UFAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento no se ha realizado evaluación del indicador de pertinencia de la derivación a la UFAP (en cuanto al cumplimiento o no de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a las UFAP) porque se está a la espera de que los departamentos correspondientes del SALUD realicen las adaptaciones informáticas necesarias en OMI solicitadas en junio de 2018 a la dirección de Enfermería de AP del Sector de Barbastro. Se está a la espera de la puesta en marcha de la Comisión de gestión clínica de procesos músculo-esqueléticos del Sector Barbastro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- * En cuanto a los usuarios:
 - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
 - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- * En cuanto a los profesionales:
 - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- * En cuanto a la organización/recursos económicos:
 - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

trimestre.

- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUAL PLANAS MONTSERRAT
BUISAN ESPIAS ROCIO
MARTI JARNE FERNANDO
MAGAZ MONTANER RAQUEL
MONFORT FERRIS SUSANA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 2 reuniones de dirección de AP con las UFAP y el servicio de Rehabilitación del hospital de Barbastro
- 3 reuniones en 2018 de los profesionales de fisioterapia de atención primaria del sector para elaborar el protocolo
- 3 sesiones clínicas / formación en EAP (Abiego, Berbegal y Barbastro) de 1 hora de duración para explicar los criterios de derivación y organización de las unidades.
- Se ha presentado el protocolo de las UFAP al servicio de rehabilitación y se han consensuado criterios. Estamos pendientes de la aprobación definitiva de dicho protocolo.
- En este año se han aumentado recursos en el sector: un segundo fisioterapeuta en Binéfar y la creación de una nueva UFAP en Barbastro con 2 nuevos profesionales
- Han sido derivados 150 pacientes desde rehabilitación de Barbastro pendientes de tratamiento fisioterápico, a la nueva UFAP de Barbastro, lo que ha supuesto una descarga de las listas de espera de fisioterapia en el hospital.
- Consulta de procesos musculoesqueléticos: está pendiente su puesta en marcha en el hospital, que está prevista para el primer semestre de 2019 (condicionada a la incorporación de un nuevo FEA de Rehabilitación)
- Interconsulta virtual de procesos musculoesqueléticos: ya se está realizando con el servicio de RHB (se analizarán los datos en cuanto a resolución y respuesta cuando finalice el año 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Documentación relacionada aprobada: El "protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro" y la "Guía de funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia" y la presentación en power point del protocolo de derivación para su uso en las charlas informativas/sesiones clínicas en los Centros de salud.

- Fecha de inicio del proyecto: 22.06.2018. El proyecto se consensúa en una reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro en el Hospital de Barbastro, en la que asiste la Directora de Enfermería. El protocolo está pendiente de su aprobación definitiva y publicación en INTRANET.
- Segunda reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro, celebrada el 30.11.2018 en el Centro de Salud-Pediatría de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación actual de las UFAP. Las fisioterapeutas recientemente incorporadas al área de Barbastro manifiestan su voluntad de participar en el AGC 2018-1484.

La UFAP de Barbastro ha recibido un montante de prescripciones de fisioterapia emitidas por el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro que originalmente iban destinadas a la Sala de Fisioterapia del propio Hospital.

En la UFAP de Binéfar se observa cómo se derivan a Fisioterapia de forma reiterativa determinados pacientes desde AP, que demandan una atención cuasi continuada. También se da el caso de pacientes derivados desde el Hospital de Lleida por médicos traumatólogos, que prescriben fisioterapia a pacientes con patología compleja o intervenidos quirúrgicamente, con indicaciones de tratamientos complejos y/o de larga continuidad. Ello supone, en ambos casos, un incumplimiento de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a fisioterapia de AP.

Se acuerda por consenso que cada UFAP realice charlas informativas o sesiones clínicas en los Centros de Salud de referencia para exponer/recordar el protocolo de derivación a las UFAP, con el soporte de la presentación en power point elaborada para tal efecto. Se propone incluir este documento en la carpeta Común de cada Centro de Salud así como en el Manual de Acogida. Se han realizado en Barbastro, Abiego y Berbegal.

Se acuerda por consenso que cuando un usuario inicie tratamiento fisioterápico, se hará constar en el protocolo de "Fisioterapia 1º día" los siguientes ítems:
Procedencia de la derivación: Médico de AP / Pediatría / Rehabilitación / Otros.

El registro de la pertinencia de la derivación a fisioterapia, en cuanto al cumplimiento o no de los criterios de inclusión del protocolo de derivación no puede realizarse hasta que los departamentos correspondientes del SALUD realicen las adaptaciones informáticas necesarias en OMI.

16% de las interconsultas virtuales de RHB han sido resueltas telemáticamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Necesitamos continuar trabajando, ya que la creación de las nuevas UFAP se ha demorado hasta el último

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

trimestre.

- También ha habido problemas para programar reuniones con el servicio de RHB debido a las incertidumbres relacionados con los cambios continuos de personal (traslados, OPEs, etc)
- En principio es un proyecto que ha demostrado ser útil, nos ha permitido crear un grupo con un objetivo común y esto también nos facilita poder consensuar criterios de evaluación (incentivos) con los propios profesionales
- Se ha mejorado la coordinación AP-AE (Rehabilitación y Físio del hospital). Se ha observado que deben de revisarse las indicaciones de derivación desde RHB a las UFAP para no duplicar y optimizar el funcionamiento de ambos dispositivos asistenciales.
- Se valora dar el proyecto por finalizado y crear una comisión/grupo de trabajo dependiente de la Comisión clínica de gestión clínica y calidad asistencial. La intención es que esta comisión se consolide como grupo estable. La comisión se podría llamar "COMISIÓN PARA LA COORDINACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPEÚTICO A PACIENTES CON PROCESOS MUSCULOESQUELÉTICOS", con participación de profesionales del ámbito de la atención primaria y especializada (rehabilitador y coordinadora de unidad de físio del hospital).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- * En cuanto a los usuarios:
 - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
 - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- * En cuanto a los profesionales:
 - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- * En cuanto a la organización/recursos económicos:
 - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ESTHER MARIA PERALTA RUFAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUELO FLORIA MARCOS
SANCHEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones de matrona, enfermería pediátrica y pediatra con familias y niños de 0-12 meses de edad, con una periodicidad aproximada de unos 15 días, descansando en periodos vacacionales. Las sesiones se han anunciado de forma periódica tanto de manera activa en las consultas de los pacientes diana como en el tablón de anuncios y en la página del Facebook del equipo.

Se han realizado hasta el momento desde la puesta en marcha del proyecto 14 sesiones, con temática diversa, incluyendo: lactancia materna, alimentación infantil, ritmo intestinal de los niños, trastornos digestivos funcionales, estreñimiento, masaje infantil, actuación ante un atragantamiento y RCP básica, alimentación en el postparto y lactancia, anticoncepción en el postparto, cuidados del suelo pélvico, ejercicios recomendados en el postparto... Alguno de los temas se ha repetido en varias ocasiones dado que la población asistente ha sido diferente y han sido cuestiones demandadas de forma frecuente en las encuestas iniciales realizadas.

En cada una de las sesiones llevadas a cabo se ha seguido la misma dinámica: presentación de los asistentes, resolución de dudas, introducción del tema, exposición práctica mediante preguntas a resolver por las familias y corrección de errores, y dudas finales. Se ha entregado material impreso a modo de resumen de la información más relevante en la mayoría de las sesiones. En alguna sesión se han empleado materiales audiovisuales y en otra material médico, como por ejemplo para el taller de RCP básica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto de los indicadores propuestos, se han conseguido los objetivos esperados en todos los que se han evaluado hasta el momento:

- Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza. Hasta la fecha actual se han realizado 14 sesiones (de mayo a febrero 2018), teniendo ya programadas quincenalmente las fechas de las próximas a realizar.

- Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones. Al menos un familiar de cada recién nacido a lo largo del periodo comprendido desde la puesta en marcha del proyecto ha acudido en una ocasión al grupo de crianza, exceptuando aquellas familias que, bien por barrera idiomática, distancia al centro de salud o no disponibilidad de tiempo por incorporación al trabajo, no han podido acudir.

- Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI. Se ha citado a todos los pacientes que han acudido al grupo de crianza como educación grupal en los días que se han realizado las sesiones, y se ha dejado constancia en cada historia de la temática tratada.

- Respecto a los indicadores de: mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto y mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, no se disponen de resultados definitivos, porque la mayoría de los niños incluidos en el proyecto todavía no han cumplido los 12 meses y por tanto no se ha realizado dicha revisión de salud, no pudiéndose entregar la encuesta para valorar dichos aspectos. La valoración subjetiva de dichos resultados es elevada, dado que las personas que han acudido a estas sesiones han manifestado activamente su satisfacción con el desarrollo del grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo del grupo de crianza ha sido una actividad satisfactoria tanto para los profesionales implicados como para los familiares, porque al tratarse de una actividad muy participativa, hemos podido aprender de las familias y sus experiencias así como éstas de nosotros. Asimismo, durante las consultas de demanda y revisiones programadas de los pacientes que han acudido de forma asidua, se ha objetivado un aumento de los conocimientos de los familiares y un adecuado manejo de las situaciones tratadas en dichas sesiones.

El aspecto que más dificultad supone es la capacidad de convocar a la población, dado que la asistencia es muy variable, dándose días con la sala al máximo de su capacidad, mientras que otros la asistencia ha sido baja, en ocasiones motivada por la climatología o periodos vacacionales. Principalmente acuden las madres, pero en alguna ocasión también ha acudido algún padre al grupo, mostrándose satisfecho con la actividad.

Así pues, se prevé continuar de forma regular con el proyecto, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación, y los resultados son positivos a varios niveles, según se ha comentado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1418

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

***** **

Nº de registro: 1418

Título
GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Autores:
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, MUR TORRES SARA, BOSCH ALCOLEA ELISABETH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Consulta sobre lactancia, actividades preventivas y manejo de patologías frecuentes en el primer año de vida y en el posparto
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Partimos de la existencia de un grupo de lactancia en nuestro centro desde hace varios años, el cual se reúne esporádicamente, dirigido por la matrona, en el que se resuelven consultas sobre lactancia materna exclusivamente. Durante el primer año de vida de un niño, la demanda generada en consultas de pediatría por patologías banales y consultas sobre actividades preventivas y de promoción de la salud es numerosa, así como también lo son las consultas a la matrona sobre lactancia y cuidados tras el embarazo. Se decide ampliar el grupo existente, dirigiéndolo a los niños alimentados con lactancia materna y también a aquellos alimentados con lactancia artificial, así como a sus familiares. Además, la temática del grupo no sólo incluye temas sobre lactancia materna, sino también información sobre crianza y actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y también atendiendo al puerperio y la salud reproductiva de la mujer.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener y desarrollar un grupo de apoyo para familiares en la crianza de niños de 0-12 meses.
Mejorar conocimientos y habilidades maternas en el desarrollo de una lactancia exitosa y en autocuidado tras el parto.
Proporcionar a los familiares de estos niños habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en esta etapa de la vida infantil
Informar sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia.
Fomentar la relación entre las participantes fuera del ámbito sanitario.

MÉTODO

Reuniones de matrona, enfermera pediátrica y pediatría con familias y niños de 0-12 meses de edad, que se intentarán realizar con una periodicidad mínima de 15 días, de 1,5 horas de duración aproximada.
Se informa de su realización en las consultas de los profesionales que participan en la actividad, en el tablón de anuncios y en la página del facebook del equipo que desarrolla el proyecto.
Son sesiones en las que participan no sólo los profesionales de salud, sino también el resto de los asistentes. En ocasiones se utilizan recursos audiovisuales o impresos, así como demostraciones prácticas; y en otras se podrá requerir la presencia de alguna persona externa al equipo experta en algún tema concreto a tratar

INDICADORES

Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza
Número de reuniones realizadas en los últimos 12 meses. Resultado esperado > ó = 15)

Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones
Número familias asistentes en al menos una ocasión a las reuniones/ Total de niños recién nacidos a lo largo de los 12 meses anteriores X 100 (Resultado esperado > ó = 10%)

Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI

Constancia de los pacientes que han acudido a la consulta en la agenda de OMI, citados como educación grupal los días que se realiza el grupo. (Resultado esperado: que todos los días que se realice grupo de crianza, consten citados pacientes como educación grupal en agenda de OMI)

Mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto en al menos el 50% de los participantes.

Medido mediante encuesta de mejora de conocimientos del primer día que acude a la reunión respecto del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

momento de finalización de su participación en el grupo.
Número de familiares que consideran que han mejorado sus conocimientos / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

Mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, en al menos el 50% de los participantes

Medido mediante encuesta de mejora de habilidades del primer día que acude a la reunión respecto del momento de finalización de su participación en el grupo.

Número de familiares que consideran que han mejorado sus habilidades / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: 26 de mayo de 2017

Fecha de finalización: se prevé darle continuidad, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación.

Primera fase: Reuniones de coordinación y temas a tratar; así como ofrecer información al resto del equipo del centro de salud

Segunda fase: Realización del grupo presencial, en la primera ocasión que acudan se entregará la encuesta de valoración de conocimientos y habilidades a todas las familias. La encuesta comparativa se entregará a las familias que hayan acudido, al cumplir los niños los 12 meses, aprovechando la cita de la revisión de salud. En las reuniones participarán de forma indistinta tanto la enfermera pediátrica, la matrona como la pediatra; dependiendo del tema a tratar en cada reunión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLEMENTE ARAGUAS MARIA LUISA
SIRVENT MAZARICO IGNACIO
PUENTE CIRIA FRANCISCO JAVIER
MEGINO PEÑA VICTOR
ORDUNA NAVAS MARIA
BUCHACA PARDO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos una primera reunión de Equipo de Enfermería en enero de 2017 en la que se crea el grupo de personas que estan interesadas en la realización del proyecto. En dicha reunión definimos el perfil de cuidadores que van a participar. Serán seleccionados de los Servicios 313, 314 y 320 . son los que corresponden a Inmovilizados, Terminales y Conicos- Dependientes del Sistema OMI -AP.

Todos ellos cumplirán el requisito de tener un Índice de Barthel con un resultado = a 90.

Seleccionamos los temas prioritarios a tratar:

1-Realización de cuidados en Aseo e Higiene y cambio de Absorbentes
2-Realización de cambios posturales para el mantenimiento de una alineación correcta y prevención de Lesiones por presión.

3-Mantenimiento de la ergonomía del cuidador en la realización de los cambios posturales. Muestra de dispositivos de ayuda en la movilización de pacientes.

Decidimos que de forma individual buscaremos el material que nos parezca adecuado para las sesiones.

Realizamos una segunda reunión en Abril de 2017 en la que decidimos la estructura del taller. Elegimos una sesión expositiva en la Sala de Juntas del Centro de Salud utilizando el ordenador de docencia y conexión a Internet y cañón de proyecciones y otra sesión práctica en la Sala de Fisioterapia en la que se realizarán prácticas de lo explicado anteriormente. Se acuerda dos sesiones en dos semanas consecutivas para el mismo grupo. Posteriormente vimos que no se podía realizar en este modo porque los cuidadores no podían dejar a sus familiares tanto tiempo solos porque no todos tenían otra persona que le atendiera durante su ausencia o por por otras circunstancias de desplazamiento.

Del material aportado consideramos que los videos de Salud informa pueden ser de gran utilidad en la sesión para ser visualizados y posteriormente comentados, así como darles el enlace a los cuidadores para poder ser visualizados por ellos en sus domicilios.

Discutimos el como medir su estado de salud para realizar el cuidado y elegimos una escala diferente a la escala Zarit et Zarit por ser más rápida y sencilla en las respuestas durante la sesión y utilizada por servicios de Salud en cuidadores. La escala elegida es la EuroQol 5D y puesto que la mencionada ya está realizada dentro del PC-DEPEND. VALORACION CUIDADOR. Añadimos la recopilación de algún dato básico (edad, ayudas externas... nivel de ayuda que precisa su familiar), su contestación es de forma anónima.

Nos planteamos la evaluación de los contenidos así que auto-creamos una encuesta que se ciña a los temas expuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Dos de los ocho asistentes viajaron mas de 30 Km para la asistencia a la sesión y aunque manifestaron su interés ven complicado la asistencia a sesiones de forma continuada.

-En reunión realizada el 15 de Noviembre con la incorporación al centro de nuevos profesionales se sugiere la posibilidad de realización de blog (que permita la interacción y contacto permanente entre los cuidadores y profesionales sanitarios), ya que la presencia al taller fue dificultosa. Esto no exime la posibilidad de encuentros físicos profesionales-cuidadores pero si el mantenimiento del grupo activo.

Uno de los cuidadores expuso que no tiene acceso a Internet el resto tiene un manejo habitual.

-Por parte del grupo de trabajo el aprendizaje de una Planificación más realista de definir claramente los objetivos propuestos y su sistema de medida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Participación de los cuidadores. Acudieron un 80% de los cuidadores a los cuales se les ofertó el taller. Los pacientes pertenecían del Servicio de Inmovilizados y Dependientes. No acudió ninguno del Servicio de Terminales.

Todos los participantes al taller rellenaron la encuesta EuroQol 5D. La encuesta final fue entregada por algunos y otros prefirieron llevarla y ser recogida por los enfermeros durante las visitas domiciliarias programadas.

Satisfacción personal por parte de los cuidadores por la convocatoria y manifestada verbalmente. Sentimiento de pertenencia al grupo.

Alto índice de participación en dialogo abierto y tras terminar la sesión práctica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

En uno de los domicilios posteriormente se contrató a una persona para ayuda en los cambios posturales y cambio de absorbente. Se cambiaron también el tipo de absorbentes.
En otro domicilio se adecuó la cama y adquirieron una cama articulada y barandillas.
Esta información se objetivó en las sucesivas Visitas a domicilio realizadas por los enfermeros de cupo.
Se expusieron todos los contenidos que se tenían previstos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1569 ===== ***

Nº de registro: 1569

Título
GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS (ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES PP, ...) Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON CUALQUIER NIVEL DE DEPENDENCIA DE ZS DE GRAUS

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, CLEMENTE ARAGUAS MARIA LUISA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, BAGÜES CASAS SONIA, SIRVENT MAZARICO IGNACIO, PERNA ESPOT JOSEFINA, PUENTE CIRIA JAVIER, SORO VIVAS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atencion a pacientes funcionalmente dependientes
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora atención de pacientes dependientes en domicilio. Soporte al cuidador.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cuidados referidos serían:

ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION, HIGIENE POSTURAL, ALIMENTACION ...

Dado el aumento del envejecimiento de la población que conlleva a un aumento de pérdida de autonomía y mayor dependencia junto con unos cuidadores dedicados durante años al cuidado de sus familiares y detectando un riesgo de cansancio en el rol del cuidador se decide la creación de este grupo en el que se une el orientar a estos cuidadores en recursos (formativos, en sesiones, recursos en la red, material de ayuda al cuidado, asociaciones...) y la favorecer la comunicación entre ellos compartiendo el nexo común que es la actividad de cuidar a su familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un grupo de cuidadores y favorecer la relacion interpersonal entre ellos
Fomentar la relacion terapeutica de los cuidadores con el EAP
Mejora del rendimiento del cuidador en la aplicación de cuidados directos

MÉTODO
sesiones formativas/informativas programadas conjuntamente entre los miembros del grupo de cuidadores y el personas que integramos el grupo de trabajo

INDICADORES
numero de sesiones que se realizan (3 sesiones)
asistencia de cuidadores (50% de los que se ofrece)
nivel de satisfacción de los cuidadores (escala likert)

DURACIÓN
realización de sesiones. 1ª sesión ya realizada 23/06/2017
2ª sesión (final de septiembre/octubre)
3ª a determinar

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0635

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ASCENSION GRACIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GARCIA SEGURA ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Acceso bimensual al CMD en sesion de equipo.
- Sistematizacion del acceso al CMD en la consulta programada DM.
- Sesion EAP y direccion :revision resultados cotrato programa 2017.
- Sesion EAP actualización de las nuevas aplicaciones de la herramienta el CMD.
El calendario de actividades se ha cumplido con un margen de tiempo aceptable al programado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El nº de sesiones de EAP del CMD ha sido de cinco, con la participacion, en al menos una ocasión, de cada uno de los profesionales.
- Los pacientes con HbA1c en rango ha aumentado respecto año anterior.
- Los pacientes con retinografia realizada, tanto en AP como en especializada, han incrementado su registro en la HC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Aceso sistematico en las consultas programadas DM.
- Utilidad en el mejor seguimiento y resultados en el paciente diabetico.
- Actualizar periodocamente el manejo de las nuevas aplicaciones por parte de todo el personal del EAP.

7. OBSERVACIONES.
_ El desconocimiento de la fecha concreta en que se realiza la actualización los datos volcados, resta operatividad a la herramienta.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/635 ===== ***

Nº de registro: 0635

Título
MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

Autores:
GRACIA MARCO MARIA ASUNCION, BERNUES SANZ GUILLERMO, GARCIA SEGURA ENRIQUETA TERESA, GALINDO SERRANO IZARBE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detección y priorización: Transcurridos unos meses desde la presentación del cuadro de mando de diabetes, se constata la poca adherencia a la herramienta en el seguimiento de los pacientes diabéticos.
Causas: falta de destreza en su manejo, conexiones telemáticas lentas en los consultorios locales, no integración en las actividades diarias.
Importancia/ utilidad: proporciona información de calidad en el seguimiento del paciente diabético. Permite un mejor seguimiento del enfermo diabético.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0635

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo General: Mejorar los resultados en salud en el paciente diabético .

Objetivos Secundarios:

- Implementar entre los profesionales el uso del Cuadro de Mandos de Diabetes.
- Mejorar el registro en OMI, del seguimiento del paciente diabético.
- Supervisar la adherencia a las pruebas complementarias.
- Aumentar el porcentaje de pacientes con HbA1c en rango.
- Mejorar el perfil en URM de los pacientes diabéticos.

MÉTODO

- Consulta, al menos mensual, por parte de cada profesional, del C.M. de Diabetes.
- Realización de sesiones de Equipo con revisión del Cuadro de Mandos de Diabetes (bimensual).
- Identificación de pacientes diabéticos con déficits de registro en el seguimiento.
- Elaboración de listados desagregados por cupos de pacientes diana y contacto telefónico/ correo@ / Wasap para su captación y cita.

INDICADORES

- N° de sesiones clínicas del Equipo en el periodo (anual)
- Pacientes con HbA1c en rango/ Total de pac diabéticos x100
- Pacientes con Retinografía realizada/Total pac diabéticos x100

Obtención de datos de resultados desde el cuadro de mano de diabetes con carácter bimestral.

DURACIÓN

Comienzo: 1 de agosto de 2016. Finalización: 31 de Julio de 2017.

Cronograma:

- Agosto: reunión del EAP, detección y priorización del problema, análisis del problema priorizado.
- Septiembre: diseño del cambio y acciones de mejora.
- Octubre/noviembre: inicio de las acciones de mejora necesarias.
- Diciembre/Enero: monitorización del proceso.
- Febrero: reevaluación para verificar las medidas propuestas.
- Marzo/Junio: aplicar las acciones de mejora propuestas.
- Julio: monitorización del proceso. Resultados.

OBSERVACIONES

Se trata de integrar el uso de la nueva herramienta, sistemáticamente, en la actividad asistencial de los profesionales que atienden al paciente diabético, creando un Ciclo de Mejora Continua de la Calidad en la atención al usuario.

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 - 2016/1586

1. TÍTULO

ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE GUILLERMO BERNUES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA MARCO MARIA ASCENSION
GALINDO SERRANO IZARBE
THACCO VELARDE MAGALY
HERRAIZ VILELLAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Videoconferencia mensual de los miembros del EAP de Lafortunada con los profesionales de la U.S.M. del Sector Barbastro.
Consultas con los pacientes previas a cada videoconferencia. En su caso, cita y consultas posteriores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han monitorizado un total de 19 pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
Se han realizado un total de 10 videoconferencias.
Ha permitido una mejora importante en la calidad del seguimiento de este tipo de patologías.
Ha lanzado de modo claro una colaboración entre primaria y especializada, en este caso la U.S.M. permitiendo un mejor abordaje clínico y farmacológico de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un programa fundamental en este tipo de patologías.
Pacientes acostumbrados a su médico de familia como interlocutor intermedio con el especialista en el caso de dudas o mala evolución.
Muy buena acogida del programa entre los pacientes.
Programa para seguimiento en años sucesivos

7. OBSERVACIONES.

Alguna videoconferencia perdida por problemas técnicos.(2)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1586 ===== ***

Nº de registro: 1586

Título
ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Autores:
BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA ASUNCION, GALINDO SERRANO IZARBE, THACCO VELARDE MAGALY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

USM del Sector con elevada demanda y tiempos de primera evaluación elevados.
Dificultades de coordinación Primaria/ especializada
Incertidumbres en el manejo del seguimiento de los pacientes con patología psiquiátrica severa.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1586

1. TÍTULO

ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Mejorar calidad del cuidado de los pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM)
Reducir número de interconsultas y de derivaciones de los Centros de Salud (CS) a las USMs
Reducir número de consultas presenciales en las USMs
Fortalecer capacidades de los equipos de AP en el tratamiento de trastornos mentales
Mejorar equidad en el acceso a los servicios de los pacientes
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

MÉTODO

Sesión de videoconferencia USM/ CS Lafortunada mensual. El primer jueves de cada mes.(12 año)
Profesionales de la U.S.M. Del Sector
E.A.P. del C.S. Lafortunada
Profesionales implicados en el Proyecto Mastermind
Unidades de videoconferencia.

INDICADORES

Número de sesiones realizadas en 12 meses
Número de profesionales participantes/ año
Número de pacientes en seguimiento/ año

DURACIÓN

Plurianual.
Seguimiento por la dirección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1587

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE VALENTIN RUIZ ALMENARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO SERRANO IZARBE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Izarbe y Valentin; Curso de Ecografia en A.P. APF016/17

Recibimiento de ecografo en CS Ainsa (Compartido)

Realización de Ecografia Tiroidea (1), abdominal(2), Rodilla(1)+Seguimiento(1), Vascular (1) + seguimiento(1),

Genital (1) + seguimiento(1).

9 Ecografias 1 mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Seguimiento clínico con herramienta radiológica de los pacientes que lo han requerido del CS Lafortunada y que actualmente se encuentran en tratamiento de diversas patológicas

-Desarrollo profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Pendiente de sesion de reversion en CS. Al finalizar Curso.

-Formalización de Curso básico y avanzado de ecografia clinica y aplicabilidad (taller) para EAP (medicina y enfermeria).

-Dificultad Importante por la necesidad de desplazamiento fuera de zona de salud y franja horaria.

-Dificultad para intercambio, aprendizaje y experiencia compartida por el motivo previo.

7. OBSERVACIONES.

Pendiente de asignación de ACTO - AGENDA Y FORMALIZACION ANTE EL: desplazamiento a otro CS, indispensable que sea fuera de horario laboral y zona de salud asignada.

Pendiente de Ubicación del aparataje, cuarto oscuro para mejorar calidad de imagen, donde no afecte otras actividades y que se encuentre seguro, bajo llave para que no corra peligro de daño accidental.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1587 ===== ***

Nº de registro: 1587

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN EL C. S. LAFORTUNADA

Autores:
RUIZ ALMENARA VALENTIN, GALINDO SERRANO IZARBE, BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Patología abdominal y osteomuscular

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Demora en la realización de ecografías en nuestro Sector.

Descarga del volumen de petición pruebas de imagen diagnósticas a rx

Prueba diagnóstica inocua.

Mejora de la capacidad diagnóstica y de la pertinencia de las derivaciones.

Optimización de costes.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1587

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA

Apoyo al diagnóstico.
Mejora de los tiempos de espera.
Derivación orientada.
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

MÉTODO
Adquisición de ecógrafos para AP.
Formación en Ecografía para médicos de AP
Oferta de la ecografía diagnóstica en AP en cartera de servicios

INDICADORES
Número de ecografías realizadas en los 6 primeros meses tras la implantación.
Número de profesionales formados

DURACIÓN
Plurianual.
Seguimiento por la dirección de Sector

OBSERVACIONES
Dependiente de la adquisición de ecógrafo.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1384

1. TÍTULO

INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA BETRIAN HERRERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MEQUINENZA
· Localidad MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAREZ CASTELLO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión para formar un grupo de trabajo.

Curso para dejar de fumar iniciado el 27 de Septiembre 2017, fueron 5 sesiones realizadas por la enfermera Patricia Betrian y un psicólogo de la Asociación Española contra el cáncer.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se pudo formar grupo de trabajo ya que no había nadie del Equipo de Atención Primaria interesado en formar parte, así que el proyecto fue llevado a cabo de forma individual por la enfermera Patricia Betrian.
Los resultado del curso para dejar de fumar fueron muy positivos, de las 20 personas realizaron el curso 16 y 8 personas dejaron de fumar definitivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto me ha abierto los ojos, la gente está receptiva a la educación sanitaria, esta interesada en temas y hábitos saludables. Esto nos abre muchos abanicos de trabajo a los sanitarios para conseguir una población más saludable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1384 ===== ***

Nº de registro: 1384

Título
INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

Autores:
BETRIAN HERRERA PATRICIA, FERRER SANZ MARIA JOSE, JUAREZ CASTELLO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la reunión realizada el día 15 de Mayo 2017 nos hemos dado cuenta de la importancia de la actividad comunitaria en la zona de salud, aunque siempre hemos realizado cosas puntuales (consejo de Salud, charlas de alimentación, visita guardería,...)nunca hemos dado constancia de ello. Así con este proyecto pretendemos visualizar nuestro trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un grupo de trabajo
Establecer cronológicamente los pasos a seguir en el proyecto.
Conocer las necesidades de la zona de Salud.
conocer las actividades que se realizan en la zona.
Crear confianza
Aumentar conocimientos de la población, para disminuir la demanda sanitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1384

1. TÍTULO

INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

MÉTODO

sesión sobre la actividad comunitaria.

INDICADORES

Disminución de la demanda sanitaria en procesos que hemos trabajado.

DURACIÓN

Aún por definir

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO
· Profesión TCAE
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Grupo de pacientes seleccionados por su motivación personal, interés en conocer la enfermedad y deseo de aumentar el uso de habilidades para el manejo de la enfermedad en el tema de autocuidados.

Todos habían recibido la información individualizada en la consulta de enfermería, pero manejar un grupo ha supuesto la formación de las enfermeras en dinámicas grupales, exposición y afrontamiento de grupos.

Estrategia de educación a pares Teach-back, enseñanza por retroalimentación.

Motivos de exclusión: inmovilizados, dependientes, dificultad desplazamiento, deterioro cognitivo, rechazo expresado a recibir educación diabetológica.

Motivos de inclusión: Interés por obtener formación o información, planteamiento individualizado de dificultad sobre como afrontar la situación y deseo de lograrlo, dudas y dificultades en el autocuidado expresadas de forma individual, tratar de potenciar las habilidades sociales.

Metodología activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias.

Se realizaron 6 sesiones, distribuidos en dos jornadas. Las sesiones fueron: Conceptos generales de la diabetes, ¿Qué puedo hacer para controlar mi diabetes? (de 2 a 4 sesión), Complicaciones de diabetes, tratamientos e insulinas.

Seguimiento durante un año con entrevista clínica, controles y analíticas al inicio, y a los 3-6 y 12 meses. Control de conceptos adquiridos mediante pre-test antes del inicio del curso y post-test al año del curso. Test: Escala de conocimientos en DM- ECODi. Realizado por Bueno et Col.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfacción de los usuarios, sensación de pertenencia a un grupo, identificación con un centro de salud rural y no solo con el consultorio local, reconocimiento de dudas elaboradas o no expresadas en la formación individual. Aumento de conocimientos y habilidades personales. Repaso de hábitos de vida saludables adaptados al entorno rural.

Satisfacción de profesionales en la elaboración del taller y satisfacción en la dinámica del taller, así como en la finalización y obtención de conocimientos, constatado con encuesta pre-curso y post-curso.

Mejoría en datos analíticos respecto a IMC, P. Cintura, HbA1C, Colesterol total, LDL col, y en conocimientos con mejora de resultados de test. Se mantuvieron igual las cifras de TA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando se logra generar una necesidad pasa a ser una necesidad sentida y expresada, pero si no se genera, el desconocimiento puede aumentar su crítica y rechazo.

Interés de los pacientes que han participado en el grupo de contribuir en posteriores cursos de educación grupal, tanto como alumnos como discentes.

Incluir entre nuestras actividades la educación a grupos contemplada en aplicativo OMI_AP.

Incorporarnos a la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud.

Fomentar la participación comunitaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1413 ===== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Hombres
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 es una patologia frecuente cronica (12%) en nuestro entorno; la educacion diabetica ha demostrado evidencia aplicada en grupos de nuestro entorno
Con el proyecto pretendemos desarrollar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patologia crónica ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos
Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico

- Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético
- Control glucémico adecuado.
- Adherencia a la medicación.

MÉTODO
La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad
Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluación y puesta en común de experiencias y al término del proceso

INDICADORES
Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes, evaluado a los 3 meses y a los 6 meses, esperado más del 10% de mejora de hemoglobina glicada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al término del programa

DURACIÓN

sesion este año en octubre 2017

evaluacion en enero 2018

OBSERVACIONES

se solicito y consiguio una subvencion en 2016 para compra de material porcedente de la DGA, salud publica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
CARRION PAREJA ROSA
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 6 sesiones, distribuidos en dos jornadas. Las sesiones fueron: Conceptos generales de la diabetes, ¿Qué puedo hacer para controlar mi diabetes? (de 2 a 4 sesión), Complicaciones de diabetes, tratamientos e insulinas.

Seguimiento durante un año con entrevista clínica, controles y analíticas al inicio, y a los 3-6 y 12 meses. Control de conceptos adquiridos mediante pre-test antes del inicio del curso y post-test al año del curso. Test: Escala de conocimientos en DM- ECODi. Realizado por Bueno et Col.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los profesionales :
Aumento de las habilidades en dinámicas grupales de educación para la salud.
Mejora en las habilidades individuales y colectivas de los profesionales implicados en el proceso de educación.
Refuerzo y actualización de los conocimientos sobre la enfermedad.

Respecto al equipo de Atención Primaria
Fomentar la participación y abordaje comunitario dentro del equipo de atención primaria.
Incluir la educación grupal en la dinámica de trabajo como equipo de Atención Primaria.
Respecto a los pacientes:
Aumento de los conocimientos en relación con su proceso crónico: Diabetes Mellitus.
Lograr un cambio de hábitos en su vida diaria, aportándoles información, conocimientos y eliminando el aislamiento social y superando el tabú de la enfermedad.
Reconocimiento de errores o hallazgo de lagunas de desconocimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora como EAP en los resultados de educación a grupos.

Mejora como EAP en técnicas de abordaje comunitario.

Implicación de todo el EAP, no solo enfermería: manejo de datos estadísticos, colaboración con datos médicos durante las sesiones, etc.

Proyecto como EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1413 ===== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

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 es una patologia frecuente cronica (12%) en nuestro entorno; la educacion diabetica ha demostrado evidencia aplicada en grupos de nuestro entorno
Con el proyecto pretendemos desarrollar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patologia crónica ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos
Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico

- Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético
- Control glucémico adecuado.
- Adherencia a la medicación.

MÉTODO

La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad
Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluacion y puesta en comun de experiencias y al termino del proceso

INDICADORES

Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes, evaluado a los 3 meses y a los 6 meses, esperado mas del
10% de mejora de hemoglobina glicada

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al termino del programa

DURACIÓN

sesion este año en octubre 2017

evaluacion en enero 2018

OBSERVACIONES

se solicito y consiguio una subvencion en 2016 para compra de material porcedente de la DGA, salud publica

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 - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION CORONAS FUMANAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCAY MARIN FRANCISCO
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
ALASTRUE PINILLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PASEOS POPULARES CORRESPONDIENTES AL 30% DE LOS MUNICIPIOS; AZANUY, FONZ CASTEJON DEL PUENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
150 PACIENTES PARTICIPARON ENTRE TODOS LOS PASEOS
3 TRIPTICOS EDITADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES ÚTIL Y MOTIVADOR.

SE PRODUCE UN EFECTO CASCADA EN LA COMUNIDAD QUE SE IMPLICA HACIENDO MARCHAS CORTAS Y LARGAS DEPENDIENDO DEL ESTADODE SALUD DE CADA UNO, LOS AYUNTAMIENTOS COLABORAN EN LAS MARCHAS, TAMBIEN LAS ASOCIACIONES DE AMAS DE CASA

7. OBSERVACIONES.
PARA EL AÑO 2018 TENEMOS PREVISTO AMPLIAR A DOS MUNICIPIOS MAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Autores:
CORONAS FUMANAL CONCEPCION, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, MARTÍN VIDAL MARIA JESUS, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los hábitos de vida saludables son el pilar básico del equilibrio entre la salud y la enfermedad. Una causa de enfermar es el desequilibrio de esta balanza, a causa de la pérdida progresiva en nuestra vida diaria de los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterránea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la proximidad al paciente y la posibilidad del mensaje breve y reiterado de forma individualizada, vamos a tratar de fomentar la participación comunitaria y de reforzar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

mensaje emitido desde nuestras consultas.

Así, en este marco, la oportunidad de mejora seleccionada es el informar, trabajar y fomentar hábitos de vida saludables desde un abordaje de participación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Transmisión de información sobre estilos de vida saludables, fomentar y promocionar hábitos correctos y tratar de dar respuesta a dudas surgidas en relación con este tema.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, pedanías, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables. También involucrar al EAP en proyectos de participación comunitaria.

MÉTODO

En el EAP- Revisión bibliográfica de datos sobre el tema, valoración de la situación actual del PACAP en Aragón (Programa de Actividades de Atención a la Comunidad en AP), actualización de conocimientos.

En la comunidad- Difusión a través de charlas divulgativas de promoción de la salud.

se hacen paseos reglados con cada comunidad y nucleo de poblacion segunse acuerdo en consejo de salud se diseña e imprime untriptico de cada ruta f los ayuntamientos marcaran caminos almenos uno por ayuntamiento

INDICADORES

Nº de paseos realizadosX100 sobre el total de ayuntamientos de la ZBS

Nº tripticos realizados X 100 Total sobre el total de ayuntamientos

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde 2016.

ya se han realizado 3 andadas y 3 tripticos

Se espera llevar a cabo durante el otoño de 2017 2 andadas y dos tripticos mas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE CONCEPCION CORONAS FUMANAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
ALCAY MARIN FRANCISCO
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
CARRION PAREJA ROSA
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALASTRUE PINILLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado paseos de 45 minutos de duracion acompañados por medico y/o enfermera durante el año 2018 en la localidad de Pomar.
En los pueblos de Castejon del Puente y Azanuy se realizan talleres de memoria, herramienta muy util para retrasar el deterioro cognitivo; promovidos por la Asociacion de Amas de Casa
En los pueblos de Pueyo de Santa Cruz y Alfantega la comarca ha organizado sesiones de Pilates una vez a la semana.
En Pueyo de Santa Cruz la juventud acompañados por el médico realizan salidas en bicicleta cada 15 días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfacion de las personas que participan en las diferentes actividades enriqueciendo las relaciones interpersonales, contacto con la naturaleza en alguna de ellas e indirectamente mejorando el riesgo cardiovascular y mental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Promover el ejercicio físico desde los centros de salud anima a participar a la población y a organizarse por si mismos.
Queda pendiente instaurar paseos en algunas del centro y conseguir que mantengan el habito sin el acompañamiento de los profesionales de la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Autores:
CORONAS FUMANAL CONCEPCION, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los hábitos de vida saludables son el pilar básico del equilibrio entre la salud y la enfermedad. Una causa de enfermar es el desequilibrio de esta balanza, a causa de la pérdida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

progresiva en nuestra vida diaria de los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterránea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la proximidad al paciente y la posibilidad del mensaje breve y reiterado de forma individualizada, vamos a tratar de fomentar la participación comunitaria y de reforzar el mensaje emitido desde nuestras consultas.

Así, en este marco, la oportunidad de mejora seleccionada es el informar, trabajar y fomentar hábitos de vida saludables desde un abordaje de participación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Transmisión de información sobre estilos de vida saludables, fomentar y promocionar hábitos correctos y tratar de dar respuesta a dudas surgidas en relación con este tema.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, pedanías, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables. También involucrar al EAP en proyectos de participación comunitaria.

MÉTODO

En el EAP- Revisión bibliográfica de datos sobre el tema, valoración de la situación actual del PACAP en Aragón (Programa de Actividades de Atención a la Comunidad en AP), actualización de conocimientos.

En la comunidad- Difusión a través de charlas divulgativas de promoción de la salud.

se hacen paseos reglados con cada comunidad y nucleo de poblacion segunse acuerdo en consejo de salud se diseña e imprime untriptico de cada ruta f los ayuntamientos marcaran caminos almenos uno por ayuntamiento

INDICADORES

Nº de paseos realizadosX100 sobre el total de ayuntamientos de la ZBS

Nº tripticos realizados X 100 Total sobre el total de ayuntamientos

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde 2016.

ya se han realizado 3 andadas y 3 tripticos

Se espera llevar a cabo durante el otoño de 2017 2 andadas y dos tripticos mas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ALASTRUE PINILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
LERIS OLIVA JOSE MARIA
CARRION PAREJA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CUATRO CHARLAS EN CUATRO MUNICIPIOS DISTINTOS SOBRE TABAQUISMO, CUDADOS DE SALUD, ALIMENTACION SALUDABLE, HABITOS SALUDABLES, IMPARTIDAS 4 MEDICOS Y DOS ENFERMERAS DEL EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
155 ASISTENTES EN TOTAL, CUATRO NUCLEOS DE PUBLACION HAN RECIBIDOS EDUCACION SANITARIA(= 25% DE LOS NUCLEOS DEL EAP) PARTICIPACION DE 6 PROFESIONALES DEL EAP(=60%).

SATISFACION PERCIBIDA ALTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBERIAMOS HACER UN A EVALUACION DE IMPACTO CON TEST PRE Y POST CHARLA O SIMILAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1455 ===== ***

Nº de registro: 1455

Título
LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CARRION PAREJA ROSA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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
nuestra sociedad tiende a olvidar los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la continuidad y la longitudinalidad, que refuerza los lazos emocionales bidireccionales entre los profesionales sanitarios(tanto médicos como enfermeras) y pacientes. Esto hace que cualquier charla dada por los sanitarios ya conocidos por la comunidad se vuelva un debate abierto con interacciones, preguntas, bidireccionalidad...muy alejado de la charla convencional, y posiblemente más potente a la hora de transmitir mensajes. Estas charlas y conferencias son buscadas y promovidas directamente desde las asociaciones de la propia comunidad cada año. Hemos querido darle forma a esta realidad con este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Registro estructurado de las charlas y conferencias impartidas por miembros del EAP sobre temas sanitarios dentro del ámbito de la ZBS durante el año 2017. Valoración de la participación en las mismas y del impacto en la comunidad.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables.

MÉTODO

En el EAP- registro sistemático de estas actividades en soporte ISO, cosa que hasta ahora no se llevaba a cabo, con anotación de las interacciones y debates habidos número de participantes y elaboración de una pequeña acta por cada charla realizada.

En la comunidad- realización de charlas divulgativas sobre temas sanitarios a petición de la comunidad. Fomento de la interacción, el debate, el diálogo durante o al final de las mismas, huyendo intencionadamente de la conferencia magistral pasiva.

INDICADORES

Nº de charlas realizadas en 2017

Nº de sanitarios que han impartido charlas/Total del personal sanitario del EAP

nº de participantes/total población MAYOR DE 14 AÑOS de las ZBS

Nº de personas que interaccionan y/o participan activamente en las charlas/total de asistentes estimados al conjunto de todas las charlas

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde la creación del EAP en 1997, y aun antes, como PROFESIONALES APD. Ya se han impartido dos charlas este año, con 65 participantes y 9 interacciones, y 4 profesionales implicados sobre un total de 10.

Se espera participar en al menos dos más durante el otoño de 2017

se hará una evaluación del conjunto de charlas y se valorarán áreas de mejora, especialmente en el fomento de la participación activa en enero 2018, en reunión de equipo.

OBSERVACIONES

Se buscarán algún tipo de indicadores del impacto de dichas charlas en la comunidad durante 2018.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ALASTRUE PINILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
LERIS OLIVA JOSE MARIA
CARRION PAREJA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
29-11-2018: Charla coloquio "Estado emocional: potenciar la autoestima"
Actividad realizada con la Asociación de la Tercera Edad de Pomar de Cinca.
Presentan y acompañan esta actividad la enfermera y la médico de Pomar de Cinca, pertenecientes al EAP Monzón Rural.
Se desarrolla en los locales de la asociación, con la participación de 48 personas.
Se hace una presentación de diapositivas y varias ejercicios prácticos relativos a la autoestima, terminando con un coloquio.
Participan 48 personas de Pomar de Cinca, de forma activa, tanto en los ejercicios como en el coloquio.
La actividad se termina con una merienda compartida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
48 participantes
2 profesionales sanitarios, miembros del EAP Monzón Rural
Participación de la asociación de la Tercera Edad de Pomar de Cinca
Un núcleo de población del ámbito del C.S. Monzón Rural
NIVEL DE SATISFACCION: ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este tipo de actividades, charlas sobre temas sanitarios y de educación para la salud, tienen muy buena acogida entre la población.
Se vienen haciendo desde hace muchos años. Actualmente hay menos demanda de las asociaciones, pero cuando es necesario es una actividad muy implantada que se desarrolla sin dificultad.
Creemos que no es necesario mantenerla como proyecto asistencial para el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1455 ===== ***

Nº de registro: 1455

Título
LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CARRION PAREJA ROSA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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
nuestra sociedad tiende a olvidar los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la continuidad y la longitudinalidad, que refuerza los lazos emocionales bidireccionales entre los profesionales sanitarios (tanto médicos como enfermeras) y pacientes. Esto hace que cualquier charla dada por los sanitarios ya conocidos por la comunidad se vuelva un debate abierto con interacciones, preguntas, bidireccionalidad... muy alejado de la charla convencional, y posiblemente más potente a la hora de transmitir mensajes. Estas charlas y conferencias son buscadas y promovidas directamente desde las asociaciones de la propia comunidad cada año. Hemos querido darle forma a esta realidad con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Registro estructurado de las charlas y conferencias impartidas por miembros del EAP sobre temas sanitarios dentro del ámbito de la ZBS durante el año 2017. Valoración de la participación en las mismas y del impacto en la comunidad.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables.

MÉTODO

En el EAP- registro sistemático de estas actividades en soporte ISO, cosa que hasta ahora no se llevaba a cabo, con anotación de las interacciones y debates habidos número de participantes y elaboración de una pequeña acta por cada charla realizada.

En la comunidad- realización de charlas divulgativas sobre temas sanitarios a petición de la comunidad. Fomento de la interacción, el debate, el diálogo durante o al final de las mismas, huyendo intencionadamente de la conferencia magistral pasiva.

INDICADORES

Nº de charlas realizadas en 2017

Nº de sanitarios que han impartido charlas/Total del personal sanitario del EAP

nº de participantes/total población MAYOR DE 14 AÑOS de las ZBS

Nº de personas que interactúan y/o participan activamente en las charlas/total de asistentes estimados al conjunto de todas las charlas

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde la creación del EAP en 1997, y aun antes, como PROFESIONALES APD.

Ya se han impartido dos charlas este año, con 65 participantes y 9 interacciones, y 4 profesionales implicados sobre un total de 10.

Se espera participar en al menos dos más durante el otoño de 2017

se hará una evaluación del conjunto de charlas y se valorarán áreas de mejora, especialmente en el fomento de la participación activa en enero 2018, en reunión de equipo.

OBSERVACIONES

Se buscarán algún tipo de indicadores del impacto de dichas charlas en la comunidad durante 2018.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN HECHO DOS BASES DE DATOS CONJUNTA DE LOS SEIS CUPOS, CON LA ACTIVIDAD DEL AÑO 2017 REFERENTE A ESTE TEMA, UNA DE DIABETICOS Y OTRA DE HIPERTENSOS, QUE CUMPLIAN CRITERIOS.
748 HIPERTENSOS
338 DIABETICOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
COBERTURA:
113 ECG DE HIPERTENSOS, QUE SUPONE EL 15%
Y
61 ECG DE DIABETICOS QUE SUPONE EL 18%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBEMOS HACER HINCAPIE EN ESTE TEMA FALTA MUCHO POR CUMPLIMENTAR, PERO LO POSITIVO ES QUE LA CREACION INICIAL DE AMBAS BASES DE DATOS, COLOCADAS EN RED COMUN NOS VA A FACILITAR EL TRABAJO FUTURO DE ESTE PROYECTO Y DE OTROS QUE PUEDAN SURGIR

7. OBSERVACIONES.
PODRIA SER UTIL DISPONER DE UN SEGUNDO APARATO ECG PARA GRABAR ON LINE EN LA INTRANET

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1524 ===== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACION DE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GESTION EN PACIENTES CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

REALIZACION DE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA
CREACION DE DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE
CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
INDICADORES
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS
NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS
DURACIÓN
CONSECUENCIA DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACION DE LOS ECG DE SEPT A DIC 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 - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
CARRION PAREJA ROSA
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
CORONAS FUMANAL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de ECG con citación en agenda de OMI en el electrocardiografo del C.S de Monzón con conexión a INTRANET. hasta Octubre de 2018 que fallo la misma.
Busqueda en la INTRNET del dector de pacientes de la base de datos que se le ha realizado ECG en el hospital Volcado de todos los ECG con la fecha de realización en las bases de datos que realizamos (Hipertensos y Diabeticos de los 6 cupos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De 760 Hipertensos la cobertura es de 60% (456)
De 348 Diabeticos la cobertura es de 69.54%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha ampliado un año para intentar alcanzar una cobertura más alta cuando arreglen el ECG.
La importancia de tener un registro electrocardiografico al que tengan acceso los médicos de AP, del Hospital, del PAC, para poder comparar las alteraciones detectadas si son agudas o cronicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1524 ===== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACION DE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GESTION EN PACIENTES CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEMONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

MÉTODO

CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO
REALIZACION DE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACION DE DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL

PERSONAL DE ENFERMERIA

INDICADORES

NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS

NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS

DURACIÓN

CONSECUION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017

REALIZACION DE LOS ECG DE SEPT A DIC 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 - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACION DE ECG EN C.S.CON CONEXION A ITRANET DEL SECTOS EN HIPERTENSOS Y DIABETICOS DE LA ZONA SW SALUD DE MONZON RURAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
60% DE COBERTURA EN HTA
70% DE COBERTURA EN DIABETICOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HA FACILITADO LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS EN TENER UN REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO QUE PUEDAN CONSULTAR TODOS LOS MEDICOSI MPLICADOS EN LA ASISTENCIA .
HA QUEDADO PENDIENTE ALCANZAR UNA COBERTURA MAS ALTA,POR FALLAR LA CONEXION A INTRANET DEL ELECTROCARDIOGRAFO DESDE JULIO DE 2019.POR LO QUE SE DECIDE DAR POR CONCLUIDO EN PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1524 ===== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACIONDE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GESTION EN PACIENTES CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO
REALIZACIONDE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACIOND E DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL
PERSONAL DE ENFERMERIA
INDICADORES
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS
NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS
DURACIÓN
CONSECUCION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACIONE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1536

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ESTEBAN SANMARTIN SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION PAREJA ROSA
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar "Planes personales".
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.
Citar para espirometría, y realizarla, si está indicada.
Interpretar la espirometría.
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.
Estudiar la posibilidad de organizar talleres de deshabituación tabáquica en coordinación con la AECC de Monzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Detección de consumo de tabaco
Numerador: población de 15 años o más con DGP "TABACO" = SI, en los últimos dos años
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
Numerador: paciente con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP "ESPIROMETRIA" realizado al menos una vez en los dos últimos años.
Denominador: Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.
Realizada evaluación en 7/2/2018 sobre muestreo de pacientes EPOC. Se objetiva se ha realizado espirometría a un 67% de pacientes.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería
Numerador: pacientes con diagnóstico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP "LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS" Y "MANEJO VIAS AEREAS", al menos una vez en el último año.
Denominador: pacientes con diagnóstico de EPOC con algún registro en el último año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HEMOS CAPTADO MAYOR NÚMERO DE EPOC Y REALIZADO ESPIROMETRIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1536 ===== ***

Nº de registro: 1536

Título
CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC (CONTINUACION DEL AÑO 2016)

Autores:
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CARRION PAREJA ROSA, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1536

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA PREVALENCIA DE EPOC EN NUESTRO MEDIO A RAIZ DE LA EPIDEMIA TABAQUICA DE LOS AÑOS 70 Y 80 AUN ES ALTA, POR ELLO CREEMOS IMPORTANTE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL ACUERDO DE GESTION Y BUSCAR ACTIVAMENTE EPOC REALIZARLES ESPIROMETRIA Y FOMENTAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la detección del paciente fumador, con especial atención al tramo de edad de 15 a 35 años
Recomendar a las personas fumadoras el abandono del hábito tabáquico y ofrecerles la consulta de deshabituación tabáquica.
Realizar espirometrías a las personas con factores de riesgo de desarrollar EPOC
Captar y seguir al paciente diagnosticado de EPOC, como paciente crónico.
Realizar formación del personal sanitario para el seguimiento y tratamiento del paciente EPOC

MÉTODO

Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar "Planes personales".
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.
Citar para espirometría, y realizarla,
Interpretar la espirometría.
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.
Colaborar con los talleres de deshabituación tabáquica de la AECC de Monzón.

INDICADORES

Detección de consumo de tabaco
Numerador: población de 15 años o más con DGP "TABACO" = SI, en los últimos dos años
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
Numerador: paciente con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP "ESPIROMETRIA" realizado al menos una vez en los dos últimos años.
Denominador: Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería
Numerador: pacientes con diagnóstico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP "LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS" Y "MANEJO VÍAS AÉREAS", al menos una vez en el último año.
Denominador: pacientes con diagnóstico de EPOC con algún registro en el último año

DURACIÓN

este programa viene del año 2016, hasta la fecha se han llevado a cabo en febrero de 2016 y 2017 cursos de deshabituación tabaquica en el CS monzon con la AECC.
durante todo el 2016 y lo que va del 2017 se han ido detectando pacientes EPOC y se les ha ido realizando las espirometrías;
la actividad de este proyecto es continua a lo largo de todo el año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0784

1. TÍTULO

MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE TERESA GUEVARA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VAZQUEZ TORGUET ANA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE
FOJ JIMENEZ ERIKA
MERINO SANTAELLA SUSANA
CONSUL BEGUE ISABEL
SAURA FEJA RAMON
CANALEJO MENDAZA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión y consenso con la coordinacion del centro de Salud y con los celadores encabezados en este proyecto.
Consenso con la Administracion del centro para la documentacion necesaria de cara a los nuevos celadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizacion de protocolo de recogida de datos adecuadamente en la atencion domiciliaria
Protocolo en cuanto a la atención de los pacientes que ingresen por el servicio de atencion continuada del centro de salud de Monzón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendamos seguir los protocolos para una mejor atencion a la poblacion
Encontramos fallos en el recibimeinto de los celadores por parte del sistema

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/784 ===== ***

Nº de registro: 0784

Título
MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Autores:
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA, CANALEJO MENDAZA LUIS SANTIAGO, CONSUL BEGUE ISABEL, SAURA FEIXA RAMON, PERA FERRAZ CARMEN, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, FOJ JIMENEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Crterios en la toma de datos de los avisos domiciliarios. Unificar y realizar un protocolo.
Reparto de las cargas de trabajo de la demanda en sala
Reparto de las cargas de trabajo de los avisos domiciliarios
Definir criterios de gravedad y no gravedad de los avisos domiciliarios

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar demoras en los domicilios urgentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JACQUELINE VAZQUEZ FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ GALLEGU MARIA DOLORES
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CLEMENTE ROLDAN EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Grupo de trabajo creado
2- Análisis de la situación, en el que se ha observado que existía variabilidad entre los diferentes centros
3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo (común para todos los centros e implementado en un primer momento en el PAC de Monzón)
4- Presentación del protocolo consensuado en diferentes centros del sector: Se han realizado dos charlas informativas en cuanto al material mínimo de carros, distribución del mismo y protocolos organizativos de los carros en los centros de salud de Barbastro y en el Centro de salud de Binéfar. Previamente también se presentó en los centros de salud de Monzón Urbano y Rural (PAC Monzón)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Funcionamiento adecuado del protocolo de revisión en el Centro de salud de Barbastro y en el PAC de Monzón. Reorganización en la distribución dentro del carro de paradas y equiparar el stock mínimo entre los carros del centro de Salud de Barbastro y Monzón. De igual manera en el Centro de salud de Binéfar, aunque está en fases iniciales
Involucrar a todo el personal de enfermería y medicina en estas actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Concluimos que la organización del protocolo de revisión mensual de los carros de paros no era la adecuada y se hicieron los cambios pertinentes siendo más cómoda y efectiva.
También concluimos que mantener una información cruzada entre los centros de salud es interesante y sumativo para implantar nuevas propuestas e inquietudes.
Recomendamos involucrar en el conocimiento y manejo del carro de paros de todo el personal de los centros de salud.
Recomendamos también realizar sesiones de actualización y memoria para el uso adecuado del carro ante una parada.
Recomendamos tener actualizados los protocolos de actuación de una parada según los protocolos nacionales.

ACTIVIDADES PENDIENTES (2018)

- Aún quedan actividades con algún centro de salud en cuanto a la nueva dotación para que sea equiparable al resto de los centros de salud.
- También realizar charla informativa en el centro de salud de Castejón de Sos.
- Evaluación del funcionamiento y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora y/o nuevos proyectos que pudieran surgir
- Simulacros de funcionamiento del carro de paros (sesiones de actualización y memoria para el uso adecuado del carro ante una parada).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1499 ===== ***

Nº de registro: 1499

Título
ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Autores:
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ARESTE ALBA NURIA, BUERA BROTO MARIA DOLORES, MUÑOZ GALLEGU MARIA DOLORES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, MONTERO MORATA CARLOS, CLEMENTE ROLDAN EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los centros de salud del sector el carro de paros está distribuido y organizado de forma diferente, no existe en la actualidad un protocolo para unificar criterios de organización.
Aprovechando que se ha dotado a alguno de los centros del sector del mismo modelo de carro paros, pensamos que puede ser interesante unificar su organización y distribución.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende conseguir disminuir la variabilidad en la organización y distribución del material en los carros de paros de los centros de salud del sector Barbastro, mejorando la coordinación entre los diferentes centros de salud, que influirá en la reducción de la demora en la aplicación del tratamiento de la RCP y aumentará la seguridad del paciente.
También se pretende adecuar los recursos del sector y su distribución entre los centros. Además, esto facilitará el trabajo del personal que cambia de puesto de trabajo a otro centro de salud.
Promover el intercambio de información entre profesionales de diferentes centros de salud y elaborar un protocolo de consenso.
Implantación progresiva del protocolo consensuado para todo el sector y publicarlo en intranet.
Unificar la organización/distribución del material en los carros de paros; así como el listado de stock mínimo.
Formatos de registro de revisión y control unificados para todos los centros de salud del sector.
Futuras colaboraciones para otras actividades relativas a la gestión de la urgencia vital.

MÉTODO

- 1- Creación de un grupo de trabajo
- 2- Analizar la situación (variabilidad entre los diferentes centros)
- 3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo (común para todos los centros)
- 4- Presentación del protocolo a los diferentes centros del sector
- 5- Aprobación de un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
- 6- Sesiones de información / formación en los Centros de Salud
- 7- Evaluación - revisión del protocolo y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora y/o nuevos proyectos que pudieran surgir

INDICADORES

- 1- Porcentaje de carros de paros que han implantado el protocolo común (Nº Centros de Salud con carros de paros unificados / Nº Centros de Salud del Sector)
- 2- Protocolo actualizado y colgado en la Intranet del sector (SÍ/NO)
- 3- Porcentaje de Equipos de Atención Primaria a los que se ha impartido formación común (Nº sesiones de formación--información / Nº de centros de S. del Sector)

DURACIÓN

- 1- ANALISIS DE LA SITUACION Y CREACION DEL GRUPO DE MEJORA (Febrero 2017)
- 2- ELABORACION DEL PROTOCOLO Y FORMATOS ASOCIADOS (Mayo 2017)
- 3- APROBACION DEL PROTOCOLO (Junio 2017)
- 4- SESIONES DE FORMACION (Septiembre 2017)
- 5- IMPLANTACION PROGRESIVA EN VARIOS CENTROS DE SALUD (Diciembre 2017)
- 6- EVALUACION DEL PROYECTO Y OBTENCION DE INDICADORES (Enero 2018)
- 7- PROPUESTA DE NUEVAS ACCIONES DE MEJORA Y/O PROYECTOS (Marzo 2018)

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 - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ISABEL ANGELA LOPE DALMAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BRUNO CASADO LIDIA
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
CORTINA LACAMBRA RAQUEL
ESCOLANO EZQUERRA SILVIA
SOLENZAL ALVAREZ OSCAR LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta el mes de julio de este pasado año, nos hemos reunido, en varias ocasiones, el equipo de profesionales que integramos este proyecto. El trabajo desarrollado en este último año, ha sido la elaboración de una hoja de registro domiciliaria, donde se apunte el seguimiento del paciente, por los profesionales del centro de salud, (personal de cupo y personal de atención continuada) y preparar la información de lo que queremos dar en las sesiones clínicas que tenemos pensadas dar al resto de los equipos que integran el PAC (Monzón Rural y Monzón Urbano)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Está resultando más difícil de lo esperado la elaboración de la hoja de registro que teníamos pensada, ya que se debe consensuar con la Dirección de Primaria y valorar la forma de obtenerla desde el programa OMI. la imposibilidad de encontrar fechas para reunirnos los integrantes del equipo, (debido a vacaciones, OPEs...etc) ha hecho que todo el trabajo de la preparación de las sesiones se haya retrasado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quedan pendientes la presentación del proyecto a los equipos, así como las sesiones clínicas que queremos realizar

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1556 ===== ***

Nº de registro: 1556

Título
PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Autores:
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA, SOLENZAL ALVAREZ OSCAR, HERRERO FUERTES ALBERTO, ESCOLANO EZQUERRA SILVIA, BRUNO CASADO LIDIA, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, POLO BLASCO MARI CARMEN, CORTINA LACAMBRA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME MONZON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TERMINALES ONCOLOGICOS Y DE ORGANOS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE ATENCION CONTINUADA EN EL PACIENTE TERMINAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los paciente terminales, presntan multiples sintomas, cambiantes en breves periodos de tiempo.
Los profesionales del centro de salud, tanto en horario de mañanas como atencion continuada, hemos detectado la necesidad de mejorar el registro y comunicacion entre profesionales para asegurar la contiunuidad de cuidados adecuados en estos pacientes y sus familias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

RESULTADOS ESPERADOS

poblacion diana : pacientes terminales oncologicos y terminales de organo mayores de 14 años.
se mejorará el registro especifico de los pacientes terminales.
se actualizaran los protocolos de actuacion en los sintomas mas frecuentes de estos enfermos y educacion sanitaria a las familias.
se revisarán los registros de voluntades anticipadas.

MÉTODO

se realizaran actividades formativas y de sensibilizacion entre los profesionales que trabajan en el centro de salud con el objetivo de mejorar la codificacion del paciente terminal.
asi como actividades de formacion para mejorar la atencion de los sintomas mas frecuentes.

INDICADORES

Nº DE PACIENTES TERMINALES REGISTRADOS EN OMI

Nº DE SESIONES REALIZADAS EN 7 MESES.

INDICADOR SERÁ Nº DE SESIONES / 7 >= A 0,85

DURACIÓN

MEJORA DE REGISTRO:

RESPONSABLE MARI CARMEN POLO Y RAQUEL CORTINA.

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2017 SE REALIZARAN EN EL MES DE OCTUBRE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA CON UNA POSTERIOR EVALUACION DEL IMPACTO.

ACTIVIDADES DE FORMACION:

RESPONSABLE

ISABEL LOPE Y CONCEPCION CORONAS.

ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON MANEJO DE ESTOS PACIENTES. SE REALIZARÁ UNA ACTIVIDAD FORMATIVA MENSUAL DESDE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA ABRIL DEL 2018.

FECHA PREVISTA DE INICIO : OCTUBRE 2017 Y EVALUCION EN JUNIO 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA JAVIERRE MIRANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALASTUEY FLETA CONCEPCION
ALLUE BLANCO MARIA
BUENO OLIVAN MILVA
GARCIA MINGUEZ MARIA
LAMARCA GAY ROCIO
LASCORZ CORTINA PILAR
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año las actividades realizadas han sido:

1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.

Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

Recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuestionario ha sido realizado por estudiantes de 2º de ESO en dos Centros de Educación Secundaria de Monzón. En total se han recogido 195 encuestas.

Actualmente estamos llevando a cabo al análisis descriptivo de los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con respecto al trabajo en equipo, el resultado es muy positivo: adecuada implicación de los miembros del equipo en todas las fases del proyecto.

Buena acogida de la actividad e los centros educativos implicados tanto por los educadores, como por los estudiantes y sus familias.

Como puntos de mejora destacaríamos la escasa aportación de los estudiantes en la parte cualitativa del cuestionario: escasa respuestas o muy breves en esos apartados.

Dificultad para conciliar agendas y tiempo disponible para llevar a cabo el proyecto al no disponer de espacio habilitado para ello en nuestras agendas profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1437 ===== ***

Nº de registro: 1437

Título
PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Autores:
JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALASTUEY FLETA CONCEPCION, ALLUE BLANCO MARIA, BUENO OLIVAN MILVA, GARCIA MINGUEZ MARIA, LAMARCA GAY ROCIO, LASCORZ CORTINA PILAR, LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO

1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.

Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

Recogida de datos y análisis de resultados.

Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

6: Recogida de datos y análisis de resultados.

7: Planificación de la intervención.

INDICADORES

Análisis descriptivo de los resultados cuantitativos y cualitativos.

DURACIÓN

Fase de detección : 1 año

Fase de Intervención: 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 - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA JAVIERRE MIRANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALASTUEY FLETA CONCEPCION
ALLUE BLANCO MARIA
BUENO OLIVAN MILVA
GARCIA MINGUEZ MARIA
LAMARCA GAY ROCIO
LASCORZ CORTINA PILAR
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración del cuestionario con 27 preguntas tipo Liker y 2 preguntas abiertas para explorar los conocimientos sobre violencia de género (VG) y detectar conductas desiguales o violentas entre los adolescentes.
2. Realización de dicho estudio entre un total de 194 estudiantes de 2º curso de educación secundaria obligatoria en los dos centros educativos de Monzón.
3. Estudio estadístico de los datos y elaboración de resultados.
4. Devolución de resultados de forma presencial por parte de miembros del grupo de trabajo dirigido a los adolescentes participantes. Para ello se llevó a cabo la realización de un power point para poderlos presentar de forma amena y dar pie a la participación de los jóvenes y sus profesores.
5. La exposición se realizó en el mes de mayo 2019 en los correspondientes salones de actos de ambos centros educativos.
6. Presentación de los resultados obtenidos en el estudio al Equipo de Atención Primaria del centro de salud de Monzón Urbano.
7. Conmemoración del Día Internacional contra la Violencia de Género mediante la realización de carteles ubicados en la escalera del centro de salud, formando así la escalera de la violencia, el 25 de noviembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se obtuvieron un total de 194 encuestas (38% en IES Domingo Savio y un 62% en IES Mor de Fuentes); 49 % mujeres y 51% hombres. Hubo una escasa participación en la parte abierta del cuestionario, alto porcentaje de ausencia de respuesta o respuestas no válidas. Sin embargo destaca una idea general de considerar el patriarcado y el machismo como causa principal de la persistencia de la violencia de género en la sociedad actual y de ver como posible solución la orientación educativa hacia la coeducación y la reforma de las leyes.

En el apartado de preguntas tipo Likert lo más destacado ha sido lo siguiente:

- Las mujeres son las más adecuadas para encargarse de la casa y los hijos: Total /bastante acuerdo en 8% chicas y casi 20% chicos.
- Que una mujer cobre menos por el mismo trabajo es adecuado: Total /bastante acuerdo en 2% chicas y casi 18% chicos.
- La relación es perfecta cuando encuentras tu media naranja: Total /bastante acuerdo en 70% chicas y casi 80% chicos.
- Los celos son una prueba de amor: Total /bastante acuerdo en 42% chicas y casi 50% chicos.
- En una relación no tiene que haber secretos; se pueden compartir las contraseñas del móvil y redes sociales: Total /bastante acuerdo en 8% chicas y casi 35% chicos.
- Que un chico sepa siempre donde está su pareja es normal; tiene que protegerla: Total /bastante acuerdo en 16% chicas y casi 27% chicos.
- En el instituto hay a menudo situaciones violentas físicas o verbales: Total /bastante acuerdo en 44% chicas y casi 53% chicos.
- Que una víctima de VG siga con el maltratador es normal; todos merecen otra oportunidad: Total /bastante acuerdo en 0% chicas y casi 8% chicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Este proyecto nos ha permitido establecer un buen equipo de trabajo y conocer y construir redes entre los profesionales del centro de salud, los servicios sociales municipales, Ayuntamiento de Monzón y los centros educativos participantes. Durante el diseño del estudio hemos podido reflexionar y formarnos mejor en esta problemática.

A su vez ha servido de acercamiento a la población adolescente de nuestra zona básica y nos ha permitido apreciar su forma de pensar, intereses, realidades...así como presentarnos fuera de nuestro ámbito de trabajo habitual y ofrecer nuestro apoyo y participación en futuros proyectos.

La actividad de devolución de resultados a los participantes ha sido en sí misma una intervención en la que hemos pretendido sensibilizar a estos jóvenes en la violencia de control y determinados roles que pueden conllevar en un futuro comportamientos de violencia de género con sus parejas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

7. OBSERVACIONES.

El grupo de trabajo se mantiene creado y no descartamos colaboraciones futuras. Nos habíamos planteado ampliar la devolución de los resultados a las familias de los jóvenes participantes e incluso a la población general de Monzón ya que creemos que puede resultar interesante y puede servir como actividad para sensibilizar de dicho problema a la sociedad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1437 ===== ***

Nº de registro: 1437

Título
PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Autores:
JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALASTUEY FLETA CONCEPCION, ALLUE BLANCO MARIA, BUENO OLIVAN MILVA, GARCIA MINGUEZ MARIA, LAMARCA GAY ROCIO, LASCORZ CORTINA PILAR, LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO
1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.
Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
Recogida de datos y análisis de resultados.
Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

INDICADORES
Análisis descriptivo de los resultados cuantitativos y cualitativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

DURACIÓN

Fase de detección : 1 año
Fase de Intervención: 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 - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA CASTILLON LOSCERTALES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TAMARITE DE LITERA
- Localidad TAMARITE DE LITERA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PASCUAL FRANCO MONICA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
GARCIA DINNBIER AINA
VEGA CUETO ANA
CUY CODINA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo 2017: Elaboración de las Hojas de registro de actividad e incidencias.

Abril 2017: Sesión informativa a todos los miembros del centro sobre este proyecto de mejora de calidad y procedimiento para las revisiones pertinentes.

Abril 2017 - actualidad:

Revisiones sistemáticas y por apartados:

- Diaria: sala de urgencias (de lunes a viernes, de 15 a 17h. MAP y EAP)
- Semanal: sala de urgencias y coche del centro de salud (sábados y domingos. MAC y EAC).

Hoja de incidencias:

- Disponible para rellenar ante cualquier deficiencia, en cualquier momento. Se traslada verbalmente a los coordinadores.

Octubre 2017

Reestructuración del mobiliario y del material de la sala de urgencias para una atención más coordinada.

Diciembre 2017

Petición y recepción por la Gerencia del Sector Barbastro, de dos maletines de emergencias (circulatorio y respiratorio) para la asistencia en vía pública y domicilio.

Enero 2018

Equipación de los maletines, elaboración de las hojas de su contenido/ubicación de los diferentes materiales y fármacos en los mismos.

Presentación de los maletines en sesión informativa a todos los miembros del EAP. Consenso entre el EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la necesidad organizativa de la sala de urgencias y planteadas sus ventajas, todo el personal del EAP ha acogido satisfactoriamente la idea planteada y han colaborado activamente en la revisión de la sala y del coche del centro de salud, consiguiendo:

Valoración mensual:

- Las hojas de registro de revisiones han sido cumplimentadas.
- La sala de urgencias y el vehículo del centro se encuentra siempre ordenado y con todo el material necesario para una atención urgente.
- Correcto y exhaustivo control de las caducidades.
- Material de electromedicina correctamente revisado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la elaboración de una hoja de stock mínimo de fármacos y fungible que debe contener la sala de urgencias.

Dada la buena acogida del control periódico y sistematizado de la sala de urgencias-vehículo, así como los resultados obtenidos, el EAP de Tamarite de Litera continuará utilizando las hojas de registro de actividad e incidencias creadas a partir de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1066 ===== ***

Nº de registro: 1066

Título
MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Autores:
CASTILLON LOSCERTALES ANA, PASCUAL FRANCO MONICA, LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, GARCIA DINNBIER AINA, VEGA CUETO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención patología urgente en Atención Primaria
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la cadena asistencial de nuestro sistema de Salud, la Atención Primaria es el primer eslabón en la atención de la Urgencia, bien en los Centros de Salud o en el propio domicilio del paciente.
Es en la Atención Primaria donde se atiende, de forma inicial, el mayor número de situaciones de emergencia vital y de parada cardio-respiratoria, en las que es muy importante una atención correcta y precoz, tanto para la supervivencia del paciente como para prevenir complicaciones o minimizar secuelas, que influirán en su futura calidad de vida. Asimismo, una correcta actuación también puede generar menos coste económico a nivel de estancia hospitalaria, fármacos, ...
Por otro lado, en un Centro de Salud rural, como es el caso del C.S. Tamarite de Litera, es amplio el horario en el que en el centro solamente permanecen, para la atención de la población total, dos personas: médico y enfermera/o.
El objetivo de este proyecto es realizar un control periódico y sistematizado de la sala de Urgencias y del coche del C.S. con el fin de que en la utilización diaria, tanto en el horario de Atención Continuada como en las posibles urgencias acaecidas en el horario ordinario, esté presente en ambos todo el material disponible (tanto fungible como técnico), a mano, y en condiciones de uso inmediato.
Con ello se facilitará una mejora en la calidad asistencial, al acompañar a la toma de decisiones oportunas el conocimiento del material disponible.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sala de Urgencias siempre en condiciones adecuadas para atender las posibles urgencias.
- Revisión correcta de sala y maletines.
- Carro de paros revisado y en correcto estado.
- Material de electromedicina revisado.
- Stock mínimo de fungibles y medicación.
- Carro de curas ordenado y con material necesario.
- Coche en perfecto estado y con material revisado para los desplazamientos urgentes.

MÉTODO

- * Método:
 - Se tratará de implicar a todo el personal sanitario del Centro de salud.
 - Hojas de registro de actividad e incidencias.
- * Actividades:
Se realizará una revisión diaria de la sala de Urgencias, sistematizada por apartados, y semanal del coche, de forma que con una periodicidad mensual todo el material esté revisado.
Durante la semana laboral, de lunes a viernes, se revisará la sala de Urgencias en horario de 15 a 17h, y corresponderá hacerlo al personal: médico y enfermera que cubran dicho horario.
En los fines de semana, la revisión de la sala de Urgencias y del coche del C.S. la realizará el personal de Atención Continuada (MAC y EAC).
Cada revisión quedará reflejada y firmada por el/los sanitarios que la realicen en la casilla correspondiente de unas hojas de registro de la actividad.
También se anotará en la misma hoja, en el apartado "observaciones", las deficiencias encontradas y subsanadas, así como el material repuesto.
Las incidencias que no puedan subsanarse se comunicarán a los coordinadores del E.A.P. para buscar la solución apropiada.
También se ha creado una hoja de registro donde anotar las deficiencias que se detecten, tanto en la sala de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Urgencias como en el coche, por parte de cualquier sanitario durante la jornada laboral, en un momento diferente a la revisión diaria.

INDICADORES

Se realizará la evaluación de este proyecto con periodicidad mensual.
Tendrá como objeto revisar la cumplimentación correcta de las hojas de registro y valorar si dicho proyecto es válido para alcanzar realmente los objetivos para el que ha sido creado.
Será un indicador de la consecución de objetivos el hecho de disminuir los apuntes en la hoja de incidencias
Dicha evaluación se plasmará en un informe que se presentará en una reunión del EAP, para hacer una valoración en común y realizar los cambios y/o mejoras oportunos.

DURACIÓN

Durante el mes de Marzo se crearán las hojas de registro de actividades e incidencias.
Abril se pondrá en marcha el programa.
Se revalorará cada mes.

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: 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 - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE MONICA PASCUAL FRANCO
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS TAMARITE DE LITERA
 · Localidad TAMARITE DE LITERA
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 SANCHEZ BUJ ESTRELLA
 RIVARES BACHES MANUEL
 ESTEVE CAPEDEVILA EULALIA
 CASTILLON LOSCERTALES ANA CRISTINA
 MOTIS MONTES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de cuatro profesionales del Centro de Salud de Tamarite de Litera a través del curso On-line realizado por el IACS "Registro de la información en OMI-AP y RE":

- Médico: Mónica Pascual Franco.
- Médico: AínaGarcía Dinbier
- Enfermera: Estrella Sánchez Buj
- Enfermera: Concepción Pueyo Enrique (Además, realizó el curso organizado por el Sector Barbastro: "Calidad en el registro de datos en el aplicativo OMI-AP")

Finalizada la formación de los profesionales, se han realizado distintas sesiones formativas para todo el personal del Centro de Salud.

Las sesiones impartidas hasta las fecha han sido las siguientes:

- 1ª sesión (21/09/2017): Agenda en OMI
- 2ª sesión (28/09/2017): Lista de pendientes en OMI
- 3ª sesión (05/10/2017): Protocolos
- 4ª sesión (19/10/2017): Gestión de antecedentes, condicionantes y problemas.
- 4ª sesión (02/11/2017): Apuntes y curso clínico
- 5ª sesión (16/11/2017): Pantalla tapiz planes de cuidados
- 6ª sesión (14/12/2017): Registro vacunal
- 7ª sesión (18/01/2018): Elaboración de un plan de cuidados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: N° de asistentes a las sesiones formativas/N° total de miembros del EAP x 100

Estándar marcado: >60%

Resultado alcanzado: 85%

Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
3ª sesión	18	85%	>60%	
4ª sesión	17	66%	>60%	
5ª sesión	17	80%	>60%	
6ª sesión	18	85%	>60%	
7ª sesión	19	90%	>60%	
TOTAL	125	85%	>60%	

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior.
- Fórmula del indicador: N° pacientes diagnóstico EPOC 2016/N° pacientes diagnóstico EPOC 2017
- Estándar marcado: 0,3%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-C.S. Tamarite de Litera.

INDICADOR 3:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
- Fórmula del indicador: M° de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios/N° de pacientes con diagnóstico de EPOC x 100
- Standar marcado: 70%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-CS Tamarite de Litera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de las sesiones de formación de corta duración impartidas de septiembre a diciembre de 2017, percibimos que todavía no todo el personal del Centro de Salud realiza el registro de los datos de manera homogénea. Por ello, y por deseo expreso de los compañeros, creemos necesaria la continuación de este proyecto de mejora. Además, no conocemos todavía los resultados del último acuerdo de Gestión, lo que nos permitiría evaluar el cumplimiento de dos de los tres indicadores marcados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1481 ===== ***

N° de registro: 1481

Título
GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

Autores:
PASCUAL FRANCO MONICA, SANCHEZ BUJ ESTRELLA, GARCIA DINNBIER AINA, RIVARES BACHES MANUEL, ESTEVE CAPDEVILA EULALIA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, CUY GODINA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente la Atención Primaria se encuentra informatizada. Los profesionales sanitarios accedemos a la hª clínica del paciente a través del aplicativo informático que conocemos como OMI-AP. Se trata de una herramienta que bien utilizada, mejora la calidad del dato recogido lo que deriva en un mejor control de nuestros pacientes y de la calidad asistencial. La percepción que tenemos es que, dicha herramienta está siendo infrutilizada debido en parte a la diversidad de los métodos de registro empleados por los profesionales sanitarios ya que sólo unos pocos están correctamente formados para tal uso.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar a los profesionales de nuestro EAP los conocimientos suficientes para llevar a cabo correctamente los registros de la información clínica en base a nuestra cartera de servicios.

MÉTODO

- Formación de dos profesionales del EAP (un médico y una enfermera) a través del curso online realizado por el IACS de "Registro de la información en OMI-AP y RE".
- Sesiones formativas una vez realizado el curso para el resto de los profesionales del EAP.
- Solicitar acceso al material didáctico de dicho curso para realizar las sesiones formativas.

INDICADORES

- N° asistentes a las sesiones formativas del EAP/N° total de miembros del EAP mayor del 60%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

- Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior, hasta un 0,3.
- Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, hasta un 70%.

DURACIÓN

- Primer cuatrimestre de 2017 formación de dos profesionales del EAP.
- Sesiones clínicas de corta duración de septiembre a diciembre de 2017.
- Valoración de resultados del Acuerdo de Gestión 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 - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CUY CODINA MARIA ANGELES
RIVARES BACHES MANUEL
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo de 2017

Nombramiento de responsables de cuidados paliativos:

- Ana Delia Castillo López: médico de atención continuada.
- Judit Ramos Español: enfermera de jornada ordinaria.

Ambos responsables han recibido previamente formación específica en cuidados paliativos en cursos realizados por el IACS(FOCCUSS) y/o SALUD.

Abril de 2017

Identificación de pacientes pertenecientes al C.S. de Tamarite, candidatos a cuidados paliativos. Elaboración de un dossier con los datos básicos de cada paciente, principales patologías y tratamiento que reciben.

Noviembre 2017-Enero 2018

Sesiones formativas dirigidas al personal del centro:

- Ana Delia Castillo López:
1ª sesión (30/11/2017): ¿Qué es un paciente paliativo?
- Judit Ramos Español:
2ª sesión (18/01/2018): Cuidados en el paciente paliativo

Enero 2018

Realización y reparto de trípticos para los profesionales del EAP. Uno dirigido para medicina y otro, para enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: N° asistentes a las sesiones formativas del EAP / N° total de miembros del equipo x 100

Estándar marcado: >60%

Resultado alcanzado: 86%

Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa.

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
TOTAL	36	86%	>60%	

INDICADOR 2:

Nombre del indicador: satisfacción de los familiares sobre la adecuación de la atención recibida.

Estándar marcado:>65%

Resultado alcanzado: encuesta pendiente de realizar.

Método de obtención: encuesta a familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los profesionales del Centro de Salud muestran agradecimiento tras las sesiones formativas y demandan más formación para abordar con mayor calidad la atención al paciente paliativo.

Queda pendiente la realización de la encuesta a familiares, para lo que sería necesaria la ampliación de este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1482 ===== ***

Nº de registro: 1482

Título
CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, GARCIA DINNBIER AINA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, VEGA CUETO ANA, RIVARES BACHES MANUEL, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

RESULTADOS ESPERADOS
Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

MÉTODO
Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.
Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

INDICADORES
- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.
- Nº asistentes del EAP a las sesiones formativas/ Nº total de miembros del EAP mayor del 60%

DURACIÓN
- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.
- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre 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 - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMOS ESPAÑOL JUDIT
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CUI GODINA MARIA ANGELES
PASCUAL FRANCO MONICA
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
RIVARES BACHES MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo 2017

Nombramiento de responsables de cuidados paliativos:

Ana Delia Castillo López: Medico de Atención continuada.

Judit Ramos Español: Enfermera de Atención Primaria.

Ambos responsables han recibido previamente formación específica en cuidados paliativos en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

ABRIL 2017

Identificación de pacientes pertenecientes al CS de Tamarite de Litera, candidatos a cuidados paliativos. Elaboración de un dossier con los datos básicos de cada paciente, principales patologías y tratamiento que reciben.

Noviembre 2017- Diciembre 2018

Sesiones formativas dirigidas al personal del centro:

1ª Sesión: Oncología en AP, impartida por Ana Delia Castillo. Día 30 de Noviembre de 2017.

2ª Sesión: Criterios de Terminalidad en un paciente paliativo, impartida por Ana Delia Castillo y Judit Ramos. Día 21 de Diciembre de 2017.

3ª Sesión: Dolor en Cuidados paliativos, impartida por Ana Delia Castillos y Judit Ramos. Día 28 de Diciembre de 2017.

4ª Sesión: Sedación paliativa, impartida por Ana Delia Castillo y Judit Ramos. Día 18 de Enero de 2018.

5ª Sesión: Taller vía Subcutánea y Cuidados del paciente Paliativos. Día 20 de Diciembre de 2018.

Enero de 2018

Realización y reparto de trípticos para los profesionales del EAP.

Un tríptico para los profesionales de medicina.

Síntomas frecuentes y tratamiento habitual.

Manejo de fármacos.

Fármacos mezclables habitualmente.

Fármacos más usados por vía subcutánea.

Un tríptico para los profesionales de enfermería.

Cuidados de enfermería- sedación.

Cuidados de la boca.

Nutrición

Vía Subcutánea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

$$\frac{\text{Nº asistentes a las sesiones formativas del EAP}}{\text{Nº total de miembros del EAP}} \times 100$$

1ª Sesión:

Asistentes: 20 20/21x100= 95%

Estándar Alcanzado: 95%

Estándar Marcado: >60%

2ª Sesión:

Asistentes: 20 20/21x100= 95%

Estándar Alcanzado: 95%

Estándar Marcado: >60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

3ª Sesión:

Asistentes: 18 $18/21 \times 100 = 86\%$
Estándar Alcanzado: 86%
Estándar Marcado: >60%

4ª Sesión:

Asistentes: 16 $16/21 \times 100 = 76\%$
Estándar Alcanzado: 76%
Estándar Marcado: >60%

5ª Sesión:

Asistentes: 21 $21/21 \times 100 = 100\%$
Estándar Alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >60%

TOTAL: 90%

INDICADOR 2:

Nombre del indicador: Satisfacción de los familiares sobre la adecuación de la atención recibida.

TOTAL: 14 ENCUESTAS.

ENCUESTA entregada a los familiares/ cuidadores:

1- ¿Cree que el dolor de su familiar se controla bien?

-SI
-NO
-NS/NC

2- ¿Cree que su muerte fue tranquila en paz?

-SI
-NO
-NS/NC

3- ¿Está satisfecho con la información recibida sobre la enfermedad y su evolución?

-SI
-NO
-NS/NC

4- ¿Usted tuvo facilidades para hablar con el equipo de Atención Primaria?

-SI
-NO
-NS/NC

5- Marque las características que usted cree que define el ambiente del equipo:

- Acogedor
- Tranquilizador
- Amable
- Frio
- Aspero
- Triste

6- ¿Hay algo que no le gusta?

-SI
-NO
-NS/NC

7- ¿Qué cree que podemos mejorar?

- NADA
- ALGO
- TODO

*¿Cree que el dolor de su familiar se controla bien?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias

_____ x100

Nº de encuestas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* ¿Crees que su muerte fue tranquila y en paz?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

*¿Esta satisfecho de la información recibida sobre la enfermedad y su evolución?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* Usted tuvo facilidades para hablar con el grupo de At. Primaria?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

*¿Hay algo que no le gusto?

SI: 0
NO: 14

Nº respuestas NO satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* Marque las características que usted cree que define el ambiente del equipo de At. Primaria:

- Acogedor: 12 12/14x100=86% Estándar Alcanzado: 86%
Estándar Marcado: >65%
-Tranquilizador: 13 13/14x100= 93% Estándar Alcanzado: 93%
Estándar Marcado: >65%
-Amables: 13 13/14x100=93% Estándar Alcanzado: 93%
Estándar Marcado: >65%
-Frio: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%
-Aspero: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

-Triste: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%

*¿Qué cree que podemos mejorar?

-NADA: 14 14/14x100=100%. Estándar Alcanzado: 100%

Estándar Marcado: >65%

-ALGO: 0 0/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%

Estándar Marcado: >65%

-TODO: 0 0/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%

Estándar Marcado: >65%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los familiares y cuidadores de los pacientes con cuidados paliativos atendidos en este proyecto de mejora se encuentran satisfechos y muy agradecidos por la atención recibida por los profesionales de nuestro centro de salud, tal y como indican los resultados de las encuestas. Creen que es necesario tener un buen soporte en estas situaciones tan complicadas tanto para los paciente como para los familiares.

Por otra parte los profesionales del centro han agradecido encarecidamente las sesiones realizadas en el centro, ya que les ha facilitado mucho el trabajo en su día a día de la consulta de At. Primaria. Cada vez es más frecuente tener pacientes con cuidados paliativos por eso todos lo profesionales tendríamos que tener conocimientos de como actuar y trabajar con estos pacientes que requieren de nuestros cuidados.

Por todo lo comentado se finaliza el proyecto pasando a ser oferta del Centro de Salud de Tamarite.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1482 ===== ***

Nº de registro: 1482

Título
CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, GARCIA DINNBIER AINA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, VEGA CUETO ANA, RIVARES BACHES MANUEL, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

RESULTADOS ESPERADOS

Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

MÉTODO

Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.

Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

INDICADORES

- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.

- N° asistentes del EAP a las sesiones formativas/ N° total de miembros del EAP mayor del 60%

DURACIÓN

- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.

- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.

- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1484

1. TÍTULO

TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE GABRIEL MOTIS MONTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPEÑA LLERA ANABEL
GARCIA DINNBIER AINA
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la finalidad de conocer los temas de salud que más inquietud despiertan entre la población:
- Ya existente: Buzón de sugerencias en el Centro de Salud de Tamarite de Litera y consultorios locales.
- Mayo-junio / 2017: Información a los pacientes desde las consultas y admisión de la existencia y ubicación de los buzones de sugerencias.

Reunión del EAP (tormenta de ideas) mayo 2017.

Finalmente se decidió que en el año 2017 se realizarían talleres de primeros auxilios para la población.

Taller primeros auxilios Castillonroy: impartido por Dra. Aína García Dinnbier. N° participantes 48.

Taller primeros auxilios Albelda: impartido por Dra. Mónica Pascual Franco y enfermera Judit Ramos Español. N° participantes 45

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Finalmente asistieron a los talleres de formación un total de: 93 personas.
Los principales resultados de las encuestas de satisfacción mostraron los siguientes resultados:
- 90% se mostraron muy satisfechos.
- 85% indicaron que la formación recibida resultará útil para mejorar su salud.
- 100% recomendarían estos talleres a otros familiares/amigos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente contactar con las diferentes asociaciones para conocer sus inquietudes.
La EpS Comunitaria es un pilar básico de nuestro trabajo diario. Creemos que sería conveniente continuar con la realización de los talleres para empoderar a la población sobre hábitos de vida saludables. Nuestro día a día muestra como existe una importante falta de adherencia a los correctos hábitos H-D.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1484 ===== ***

N° de registro: 1484

Título
TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Autores:
MOTIS MONTES GABRIEL, CASTILLON LOSCERTALES ANA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CUY CODINA MARIA ANGELES, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, PASCUAL FRANCO MONICA, GARCIA DINNBIER AINA, CAMARA AVON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Habititos saludables en general

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1484

1. TÍTULO

TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el centro de salud, distintos compañeros vienen realizando a título personal, formación y talleres en distintas corporaciones y asociaciones referentes a temas de salud. Estos temas se han iniciado a propuesta de entidades o bien por observación de una falta de información en la población diana referente a un tema en cuestión. En ocasiones son charlas para adolescentes o sobre problemas de salud en la tercera edad, o población en general, jornadas de puertas abiertas del Centro para los niños de Guardería, talleres orientados a ampliar conocimientos en determinados grupos de riesgo (EPOC, DIABETICOS, HIPERTENSOS...) formación básica en RCP para la población en general...
Se propone realizar talleres orientados al cuidado de la salud en las distintas etapas de la vida, desde la infancia a la tercera edad y así dejar protocolizada la información compartida con los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer cuales son los principales temas de salud que mayor interes despiertan en la poblacion
Animar a la poblacion a participar en las distintas actividades que de la formación puedan surgir
Registrar la formacion impartida a la poblacion gral, por los distintos componentes del equipo de salud

MÉTODO

Recoger informacion relevante en temas de salud, que los distintos organismos y asociaciones tengan interés en implementar.
Para ello se propone dejar un buzón de sugerencias para proponer temas en Ayuntamiento y Centro de Salud.
Recoger las inquietudes que puedan surgir del consejo de salud de zona,
Proponer a la Escuela e IES, la posibilidad de que los alumnos reciban información sobre hábitos de vida saludables, impartidos por los profesionales del centro.
Contactar con las distintas asociaciones, para conocer las inquietudes sobre temas de salud que estos puedan tener y sobre estos temas, realizar talleres.

INDICADORES

La formación impartida, tiene por finalidad aumentar los conocimientos que la población dispone sobre mantenimiento de salud y hábitos saludables, se propone realizar al menos 3 talleres repartidos a lo largo del año natural sobre distintos temas de salud. Al finalizar los talleres se pasará un cuestionario de satisfacción para conocer el grado de aceptación del taller y si los conocimientos les serán útiles para mejorar o mantener los hábitos de salud.

DURACIÓN

El presente proyecto se iniciará en el año natural 2018, desde Enero hasta Diciembre, repartiendo un taller en cada cuatrimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE VICTOR VALLES GALLEGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO NEVADO FERMIN
ANDRES BITRIAN DEL CACHO
RUIZ ALMENARA VALENTIN
GUEVARA LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Proyecto que necesita más tiempo para su implementación. Retraso en la compra de ecógrafos hasta noviembre 2017.

Difusión del Proyecto a los coordinadores de todos los Centros de Salud. Información a los profesionales y captación de los interesados.

Actividades formativas:

1er Curso en mayo 2017 organizado en Barbastro por la Unidad Docente. 11 asistentes del Sector Barbastro.

2º Curso del 11 al 14 de diciembre en Barbastro, organizado IACS. 18 asistentes.

Dotación de ecógrafos a 5 Centros de Salud: Aínsa, Binéfar, Fraga, Graus y Monzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de profesionales con formación básica: 18
 - % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad: 66%
- Aínsa, Barbastro, Benabarre, Binéfar, Fraga, Graus, Lafortunada, Monzón Urbano, Monzón Rural y Tamarite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hay profesionales interesados en incorporar la ecografía a su práctica clínica.
- La formación realizada ha sido bien valorada y motivadora, aunque no es suficiente para realizar ecografías clínicas con seguridad. Es necesario facilitar la práctica con tutorización y el acceso a formación avanzada, al menos a varios de los profesionales con formación básica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1476 ===== ***

Nº de registro: 1476

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
VALLES GALLEGO VICTOR, ROMERO NEVADO FERMIN, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, GALINDO SERRANO IZARBE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, LERIS OLIVA JOSE MARIA, GUEVARA LOPEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ecografía es una técnica inocua que puede reproducirse, mínimamente invasiva y muy útil para el despistaje

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

de varias patologías para la cuales se solicitan otras pruebas de elevado coste y no exentas de riesgos. Se trata de una exploración que cada se solicita más, tanto por los especialistas del hospital como de atención primaria, y que genera en el Sector de Barbastro una elevada demora, de más de 6 meses en muchos casos. La escasez de radiólogos, ocupados en interpretar pruebas complicadas y más invasivas es una de las causas de esta demora, por lo que los médicos en un intento de ser prácticos y llegar al diagnóstico lo antes posible soliciten esas mismas pruebas que colapsan los servicios de radiología. La Ecografía ya se ha demostrado muy útil en manos de los Médicos de Familia bien formados y habituados, en colaboración con Radiología, disminuyendo secuelas causadas por la espera, con abaratamiento de costes y percepción del usuario de una mejora del servicio. También permite el seguimiento de lesiones en el tiempo, que no se puede llevar a cabo por la demora actual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Formar médicos de atención primaria para la realización de ecografías clínicas.
- Iniciar la actividad en un centro piloto (CS Barbastro) que por su proximidad al hospital puede favorecer las actividades formativas y la coordinación con radiología.
- Extender la oferta a otros centros de Salud conforme haya disponibilidad de ecógrafo y estén los profesionales formados.
- Aumentar la oferta de pruebas diagnósticas en AP y la capacidad de resolución, adaptándose así a las tendencias actuales de la profesión.
- Generar un entorno colaborativo con el servicio de radiología que permita priorizar las exploraciones ecográficas y discriminar las ecografías clínicas, que pueden ser realizadas e interpretadas por el médico de AP, de aquellas otras que precisen de realización o informe por radiología.
- Creación de interconsulta virtual con radiología para valorar la concordancia, priorizar ecografías preferentes y facilitar la formación continuada.
- Disminuir listas de espera introduciendo la Ecografía en AP, como método de despistaje diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción del usuario y de profesionales.

MÉTODO

- Establecer oferta formativa en Ecografía para profesionales de Atención Primaria. Cursos básicos y aprendizaje avanzado con tutorización del Servicio de Radiología.
 - Diseño de protocolos de actuación (admisión, medicina de familia e interconsulta) y seleccionar motivos de consulta principales.
 - Habilitar consulta en CS Barbastro: línea de datos, ecógrafo.
- Agenda en OMI para ecografías.
- Interconsulta virtual con radiología (diagnósticos preferentes o imágenes dudosas). Sesión de difusión del protocolo en el centro de salud. Designar responsable en CS.
 - Extender este programa progresivamente en CS con médicos con formación.

INDICADORES

- N° de profesionales con formación básica.
- % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad.
- n° de ecografías realizadas por médico de atención primaria y por centro de salud.
- % de ecografías resueltas por AP (capacidad de resolución).
- % de ecografías que se solicita interconsulta a radiología.
- % de ecografías que se ajustan a protocolo (estudio de pertinencia)
- Estudio del impacto en las listas de espera hospitalarias de ecografías
- Estudio de concordancia por pares (% diagnósticos AP que coinciden con radiólogo)
- Estudio de satisfacción (profesionales y de usuarios).

DURACIÓN

Primer trimestre 2017:
Dotación de ecógrafo al CS Barbastro
Curso de formación básica en ecografías
Elaboración de protocolos (indicaciones, circuitos)
Crear agendas OMI, adecuar Intranet (interconsultas) y RIS-PACS

2º-3º trimestre:
Formación avanzada y estudio de concordancia
Inicio actividad en el CS Barbastro.
Interconsulta virtual con radiología

4º trimestre:
Implantación progresiva en 1 ó 2 CS.

1º trimestre 2018:
Análisis de la actividad, evaluación de indicadores, propuesta de acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro DAP BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURGASE ESTALLO IRENE
CORTES MARIN CLARA
CAMPO SANCHEZ JUDIT
RUIZ MONTES FRANCISCO
MOLINER MARCEN IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis de situación
 - Selección de responsables (grupo multidisciplinar AP-AE)
 - Definir los criterios de derivación para las patologías mas prevalentes en Endocrinología: Diabetes melitus tipo2, trastornos de la función tiroidea, hiperprolactinemia.
 - Realización de protocolo consensuado para que los pacientes lleguen a la consulta de Endocrinología con las pruebas complementarias precisas, realizadas previamente a su visita. Los flujogramas quedaron definidos.
 - Inclusión progresiva de los CS en el programa, en estos momentos los 15 equipos de atención primaria del sector
 - Sesiones de formación en los EAPs: solo se ha podido realizar en algunos (Monzón, Barbastro, Binéfar) y además se presentó en comisión técnico-asistencial de atención primaria. Aunque el programa, se envió a todos los EAP de sector para la difusión en una reunión de equipo para que fuera de conocimiento y utilización por todos los facultativos en sus interconsultas a Endocrinología.
- Queda pendiente:
- Colgar el protocolo en la intranet (Actualmente ya se ha hecho)
 - Sesiones de formación en los EAP con la participación del s. de endocrinología lo cual es complejo debido a la dispersión de los centros y de que solo hay una especialista en nuestro sector y su lista de espera es muy elevada
 - Evaluación del programa y puesta en marcha de acciones de mejora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.
- Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP - AE: interconsulta virtual y correo electrónico diario con dudas diagnósticas y terapéuticas
- Creación de un grupo de trabajo, así como de un protocolo consensuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La puesta en marcha de este protocolo aunque fue "digamos" truncada por la puesta en marcha de la interconsulta virtual en cuanto al procedimiento de comunicación entre AP y la única especialista endocrinología ha puesto de manifiesto que es precisa la creación de criterios de derivación de las patologías mas prevalentes y con mayor nº derivaciones. Evitando así interconsultas innecesarias y facilitando la resolución de las interconsultas al llegar los pacientes al especialista con las pruebas diagnosticas precisas que eviten interconsultas sucesivas recurrentes.
- También han ayudado a delimitar criterios para la derivación de patologías en las que existía falta de criterio en la necesidad de la interconsulta.
- Así pues sería bueno crear criterios de derivación claros y concisos para las patologías mas derivadas a las distintas especialidades.

7. OBSERVACIONES.

- Basándose en los errores mas habituales en las derivaciones habría que realizar actividades de formación en los EAP para evitarlos.
 - Dado que la falta de especialistas en Endocrinología en nuestro sector habría que Aumentar la implicación del Servicio de Medicina Interna (MI) en las interconsultas referidas a patologías endocrinológicas mas prevalentes definidas en este protocolo.
- Y tras acordarlo con medicina interna acotar y publicitar las patologías endocrinológicas derivables al s. de medicina interna.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1479 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Nº de registro: 1479

Título
PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, CORTES MARTIN CLARA AURORA, CAMPO SANCHEZ JUDIT, RUIZ MONTES FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

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

Aumento de la demora en interconsultas para esta especialidad en los últimos años
Solo hay una plaza de endocrinología en el Sector Barbastro
Derivaciones que no aportan las pruebas complementarias necesarias
Derivaciones inadecuadas por no existir unos criterios unificados consensuados
Reducir la variabilidad y reducir listas de espera y costes asociados
Coordinación asistencial entre niveles podría mejorar

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
 - Disminuir tiempos de espera. Reducir la demora diagnóstica en pacientes sintomáticos (síntomas y signos de alerta)
 - Mejora de la seguridad del paciente
2. Sobre los profesionales
 - Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes tanto en el ámbito de AP como en AE
 - Reducción de la carga asistencial
 - Mejora de la coordinación
3. Sobre la organización / recursos económicos
 - Evitar la duplicación de consultas y pruebas diagnósticas
 - Evitar la derivación innecesaria de pacientes que pueden ser tratados en A.P.
 - Adecuar los recursos del Sector a las evidencia disponible

MÉTODO

- Inclusión progresiva de los CS en el programa
- Definir los criterios de derivación para las patologías mas prevalentes en Endocrinología
- Diabetes melitus tipo2
- Trastornos de la función tiroidea
- Hiperprolactinemia
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.
- Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP - AE.
- Realización de protocolo consensuado con el fin de que los pacientes lleguen a la consulta de Endocrinología con las pruebas complementarias precisas, realizadas previamente a su visita
- Análisis de situación
- Selección de responsables y construir grupo multidisciplinar
- Sesiones de formación en los EAPs
- Implantación progresiva en varios centros de salud
- Definir flujogramas
- Aumentar la implicación del Servicio de Medicina Interna (MI) en las interconsultas referidas a patologías endocrinológicas mas prevalentes definidas en este protocolo
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

INDICADORES

- % de pacientes con Diabetes tipo 2 derivados / % de pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticada Por profesional y Centro
- Reducción del tiempo de espera en el S. de Endocrinología
- Pacientes derivados a endocrinología tras 1 año del inicio del protocolo / N° pacientes derivados a endocrinología desde AP en el año previo a la implantación del protocolo

DURACIÓN

- Análisis de situación (Diciembre 2016)
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet (Enero 2017)
- Sesiones de formación (Febrero / Marzo 2017)
- Implantación progresiva en todos centros de salud empezando por los de mayor población
- Definir flujogramas
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0513

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ROCIO CUCALON MARIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAYAN SERRANO LETICIA
ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA
RUZ SANCHO DAVINIA
RODRIGUEZ BERENGUER RAQUEL
CANELLAS AMNELLA MARTA
PEREZ RUEDA NOELIA
ALTEMIR MURILLO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elabora consentimiento informado para la toma de imágenes.
Al entregar a cada paciente o familiar se explica el motivo
Se ha creado una carpeta con las imágenes de las úlceras almacenadas por NHC y un archivo de word con una tabla poniendo los antecedentes, NHC, edad y sexo y la valoración y evolución de las úlceras.
A día de hoy se sigue solicitando la autorización y elaborando el archivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al tener un archivo con imágenes y evolución de las úlceras, enfermería y medicina puede acceder y ver la evolución con el tratamiento aplicado a dicha úlcera.
Los pacientes que han reingresado, han tenido seguimiento de la úlcera de modo continuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se necesitaba un consentimiento informado para poder realizar fotografías y llevar un seguimiento más objetivo de las úlceras. De este modo todo el personal médico y enfermero tiene la misma perspectiva de evolución, objetivándolo a la vez en imágenes y por escrito.
Es algo necesario en una planta hospitalaria puesto que cada día rota el personal y no lo ve siempre la misma persona.

7. OBSERVACIONES.
Se solicita el seguimiento de dicho proyecto puesto que vemos algo productivo y de mejora en la continuidad de la úlcera y su tratamiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/513 ===== ***

Nº de registro: 0513

Título
PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Autores:
CUCALON MARIN ROCIO, ORTEGA TORREÑO AZZAHARA, RUZ SANCHO DAVINIA, ALTEMIR MURILLO EVA, CANELLAS AMNELLA MARTA, RODRIGUEZ BERENGUER RAQUEL, PEREZ RUEDA NOELIA, ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0513

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

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

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es muy frecuente el uso de imágenes fotográficas en los estudios/ trabajos de investigación sanitarios y también como instrumento en la práctica clínica asistencial, siempre preservando la confidencialidad, la intimidad, la privacidad y la dignidad del paciente. Para ello es necesario disponer de varios elementos indispensables como son: una autorización escrita a los pacientes o a sus responsables legales que informe de qué y para qué se realizan y utilizan las imágenes obtenidas. Así como de unos archivos médicos protegidos para el registro de datos, que en nuestro caso servirán como instrumento en la práctica clínica, para hacer consultas a otros expertos pertinentes para su tratamiento, como material docente del personal y posteriormente para elaborar publicaciones médicas, garantizando el anonimato de la información cuando ésta vaya a ser usada para investigación. Ateniéndonos a los fundamentos jurídicos sobre protección y transmisión electrónica de datos médicos que se recogen en directivas comunitarias en España

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el tratamiento y prevención de úlceras mediante la creación de una autorización escrita para la utilización de datos fotográficos.

Disminuir la estancia hospitalaria en pacientes con esta patología.

Detección de complicaciones asociadas y tratamiento precoz de las mismas.

MÉTODO

1º- Creación de hoja de consentimiento informado para la toma de imágenes de la lesión, dicho documento reflejara: que y para qué se realizan y emplean las imágenes.

2º- Creación de un archivo informático con imágenes autorizadas de acceso restringido:

Se adjuntarán las imágenes en carpetas de un ordenador con acceso exclusivo del personal de enfermería y medicina responsable del tratamiento del paciente con contraseña. Dichas carpetas estarán identificadas únicamente por NHC. Imágenes con medición de las lesiones al ingreso y nuevos controles fotográficos cada 72 horas para controlar la evolución y complicaciones asociadas al cuidado de las mismas.

3º Creación de una base de datos informática-hoja excel para registro de datos confidenciales referente a la evolución de la úlcera: Valoración de la úlcera, NHC, Sexo, Edad y antecedentes clínicos(como factores de riesgo).

INDICADORES

- Aumento de los conocimientos e información de los profesionales sobre la patología cutánea.

- Seguimiento de la evolución mediante la base de datos creada en Excel.

DURACIÓN

Creación y establecimiento desde 1 de octubre durante un año con expectativa de implantarse como medida establecida

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 - 2016/0342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISIONE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIASDEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA PUEYO LALIENA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ RIVAS VANESSA
SANZ ARMUNIA MANUEL
TOLOSA BARRIOS OIHANA
MONTILLA DURAN LORENA
CUCALON MARIN ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de hoja de control de material y medicación donde aparece ubicación en el carro, cantidades y caducidades (aprobado por la comisión de farmacia y terapéutica 1/2012 del extinto Consorcio de Salud).

-Elaboración de hoja que incluya la fecha de revisión, la firma del responsable de la revisión,el número de sellado y las observaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha conseguido mantener el carro sellado y completo.

-El equipo de urgencias habitual, conoce el contenido del carro.

-Se ha conseguido implicar más al personal del servicio de urgencias hospitalarias de Fraga en el control,mantenimiento y funcionamiento de los elementos del carro de paros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El equipo cree muy necesario mantener un control de todo el material del carro de paros.

- Es de suma importancia que todo el personal del servicio de urgencias (fijo y eventual) esté familiarizado con el contenido y el mantenimiento del carro de paros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/342 ===== ***

Nº de registro: 0342

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Autores:
PUEYO LALIENA SILVIA, SANCHEZ RIVAS VANESSA, SANZ ARMUNIA MANUEL, MONTILLA DURAN LORENA, PORQUERAS GRACIA DAVID, TOLOSA BARRIOS OIHANA, CUCALON MARIN ROCIO, MIRALVES GUIRAL MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISIONE DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El carro de paros es un elemento indispensable dentro de cualquier centro hospitalario, especialmente en un servicio de urgencias.

Todos los profesionales sanitarios que trabajan en esta unidad deben conocer la ubicación del carro, su organización, el manejo y funcionamiento del mismo.

El centro sanitario de Fraga dispone de un Box Vital en el área de urgencias donde se encuentra ubicado el carro de paros. Este Box está a disposición de todo el personal sanitario del centro que lo precise ante una atención urgente inmediata.

Debido a que muchos profesionales tienen acceso al carro de paros, nos vemos en la necesidad de crear un protocolo de control, reposición y revisión de este con la finalidad de mantenerlo en unas condiciones óptimas para su utilización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mantener de forma permanente una dotación completa y correcta del carro.
- El equipo de urgencias deberán conocer el contenido y distribución de los elementos que posee el carro de paros.
- Implicar al personal del servicio de urgencias hospitalarias de Fraga en el control, mantenimiento y funcionamiento de los elementos del carro de paros.

MÉTODO

Será responsabilidad del personal de enfermería de urgencias hospitalarias cada lunes en turno de tarde:

1. Revisar el orden del material y la medicación del carro de paros, así como la existencia de recambios en el almacén y la revisión de la fecha de caducidad de todos los componentes del carro.
2. El último lunes de cada mes, además de realizar el control del carro, se retirarán y repondrán los materiales y medicaciones que vayan a caducar.
3. Diariamente se verificará, en cada turno, que el carro esté precintado correctamente.

En ausencia de éste, se realizará la revisión, reposición y sellado del mismo.

Para todo esto, se creará una hoja de control de material y medicación, donde aparecerá la ubicación en el carro, cantidades (aprobado por la comisión de farmacia y terapéutica 1/2012 del extinto Consorcio de Salud) y fecha de caducidad. Así mismo, otra hoja que incluya la fecha de revisión, la firma, así como el número de sellado y observaciones.

INDICADORES

1. Verificación mensual del listado de caducidades.
2. Cumplimentación y registro completo de todas las revisiones.
3. Análisis mensual del funcionamiento del procedimiento por medio de los componentes del equipo de mejora.

DURACIÓN

Desde el 1 de noviembre de 2016 hasta el 30 de abril de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
SIERRA CALLAU MODESTO
ROMERO MARCO DIONISIA
ANGLES BARBASTRO ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Siguiendo el calendario incluido en la propuesta, en esta primera anualidad se han realizado todas las actividades necesarias para la definición y desarrollo de la plataforma tecnológica para provisión de cuidados integrados sociales y sanitarios, mediante hospitalización a domicilio, a pacientes crónicos en fases de reagudización. Concretamente se han realizado las tareas necesarias para definir y desarrollar los siguientes componentes de la plataforma:

- El entorno colaborativo para crear planes de cuidados, para su puesta en marcha y seguimiento.
 - El sistema de tele-monitorización de variables clínicas mediante sensorización pasiva
 - Los sistemas de ayuda a la decisión para la gestión de alarmas relativas a la monitorización de variables clínicas, la propuesta de modificación del plan fármaco terapéutico en función de criterios start/stop para pacientes polimedcados y la propuesta adaptación de los planes de cuidados según perfil clínico del paciente.
 - Los sistemas de gamificación orientados a conseguir un paciente activo en cuanto a su perfil patológico y a observar buenas prácticas en su nuevo rol.
- Se han trabajado los criterios de inclusión y exclusión de pacientes. También las características de la prueba de concepto y del piloto necesario para la evaluación de la plataforma que se van a bordar en la segunda anualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha desarrollado la primera versión de plataforma tecnológica integrada compuesta por los componentes enumerados en el apartado anterior. Esta lista para abordar su validación mediante una prueba de concepto y un piloto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No aplica en esta fase. Esperamos describir las lecciones aprendidas después de la prueba piloto, en la próxima memoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1763 ===== ***

Nº de registro: 1763

Título
PROYECTO POLYCARE

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, EITO CUELLO JUAN JOSE, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, SIERRA CALLAU MODESTO, ROMERO MARCO DIONISIA, ANGLES BARBASTRO ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
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 - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

PROBLEMA

POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".

El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.

Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.

En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, Contrato Programa 2017

51

que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.

Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos avanzar en dos cosas:

Revisar los criterios de inclusión para pacientes

Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de actuación del Call center

Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en fases de exacerbación y en situación de hospitalización a domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO
REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A
DOMICILIO

MÉTODO

El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios. Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.

El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas. Se realizarán tareas de definición de requisitos, de participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio. Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en programa, definición del plan de cuidados integrado social y sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en situación de hospitalización a domicilio.

INDICADORES

Durante toda la fase de pruebas se recogerá información

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCAR

para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la provisión de servicios de atención integrada en situación de hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

DURACIÓN
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
La colaboración entre Atención Especializada, Atención Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este proyecto.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0919

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ADRIAN FONTAN ABAD
· Profesión BIOLOGO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOPENA MURILLO ANA
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
COSTA RODRIGUEZ PATRICIA
BIELSA MOLINA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se recogen resultados de albúmina, colesterol, linfocitos y resultados del score CONUT de 458 pacientes con analítica de ingreso desde su implantación hasta finales del 2016. Los pacientes se agrupan según su estado de desnutrición y el servicio de peticionario. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar, las cualitativas en porcentaje. Se realiza estudio ANOVA con Analyse-it. Significancia $p < 0.05$.

Se incluye en el informe del laboratorio el grado de desnutrición en el cribado, pretendiendo así que el medico responsable del paciente inicie estudio de la valoración nutricional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La media de edad de los pacientes es $80,76 \pm 7,21$ años, siendo un 50,66 % hombres. El 17,47 % presentan un estado nutricional normal, el 36,24% un estado de desnutrición leve, el 37,99% moderado y un 8,30% un estado severo. El servicio que más ingresos presenta es medicina interna, siendo éste en el que los pacientes presentan peor estado nutricional, seguido de geriatría y cirugía. Los niveles de albúmina (g/dL), colesterol (mg/dL) y linfocitos totales /mL de la población se muestran en la tabla muestran disminuciones estadísticamente significativas conforme aumenta el grado de desnutrición. Tanto la albúmina, el colesterol como los linfocitos, presentan una disminución de la media según aumenta el grado de desnutrición, $p < 0.0001$ en las tres variables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Es un método útil y automático para el cribado nutricional de los ingresados en el hospital.
- Supone un valor añadido a la información que aporta el Laboratorio Clínico.
- Aporta información tanto de los pacientes en los que debemos hacer énfasis en corregir el estado de desnutrición, así como los servicios que atienden a pacientes con mayor riesgo.

Es recomendable que los servicios peticionarios una vez que reciben la información del cribado, tomen medidas para evaluar el estado nutricional, y si es necesario intervengan en consecuencia. Con todo ello se pueden reducir las co-morbilidades y el tiempo de estancia media, reduciendo así los costes globales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/919 ===== ***

Nº de registro: 0919

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Autores:
LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR, FONTAN ABAD ADRIAN, SOPENA MURILLO ANA, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, COSTA RODRIGUEZ PATRICIA, BIELSA MOLINA PATRICIA, HERNANDEZ MORA EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0919

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Tipo Patología : Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica . : Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos . :

Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque :

PROBLEMA

La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria.

Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa.

El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal.

Este proyecto ha sido expuesto en sesión clínica general de forma conjunta por facultativos de Análisis Clínicos y el Responsable de la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro, llegando a un acuerdo general con los asistentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Envío de informe al medico solicitante.

Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.

Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición

Prevención de comorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado

Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

MÉTODO

Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.

El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.

Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se les aplica el score.

Número de pacientes con estado nutricional normal.

Número de pacientes con estado de desnutrición leve.

Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.

Número de pacientes con estado de desnutrición severo.

Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional

Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional

Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional

Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

DURACIÓN

La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA LALANA GARCES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONTAN ABAD ADRIAN
CARRILLO PRADA JOSEFINA
MARTINS DOMINGO ORLANDO
VIVES AGUEDA PEDRO JOSE
SILLES ESFORZADO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado las recomendaciones de las Guías sobre enfermedades víricas en Hemodiálisis y Guías de Centros de Hemodiálisis de la Sociedad Española de Nefrología, donde se definen los controles analíticos y periodicidad de medición de las diferentes determinaciones serológicas para VHB, VHC y VIH.
Con estas recomendaciones hemos actualizado los protocolos de serología para pacientes en Hemodiálisis.
Se han ido revisando a través de nuestro sistema informático las peticiones solicitadas de la unidad de Hemodiálisis para ver si se ajustaban a los nuevos protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se valora el número de peticiones que se han ajustado a los protocolos: un 49%, por tanto no llega al estándar establecido (>90%). Por lo que se han revisado las serologías realizadas en el año 2016 y 2017 para VHC, VHB y VIH.

Analizando por determinaciones serológicas se observa una disminución significativa para las determinaciones de VHB y VIH., de un 21% y 19%, respectivamente. Estas determinaciones cumplen con los objetivos establecidos (disminución de un 10%).

En cuanto a las serologías de VHC, ha habido un incremento de peticiones de un 14%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El bajo porcentaje de peticiones que se ajustan a los protocolos y el aumento de peticiones de serologías de VHC, es debido a varios factores.

Por un lado, el aumento de movilidad de pacientes de la unidad que se van de vacaciones o ingresan en otros centros, a los que se les solicitan serologías por encima de lo establecido; por otra parte, la alteración de enzimas hepáticas que justifica la solicitud de serologías para descartar etiología viral y por último, posibles desajustes en las peticiones por aumento de la rotación del personal en la unidad.

Ante estos resultados, se decide continuar el estudio para identificar y controlar otros factores que expliquen el incremento de analíticas de VHC y poner en marcha medidas de corrección a lo largo del año 2018.

Para ello, se deberán tener en cuenta pacientes agudos que se vayan a dializar de manera ocasional, se revisarán las serologías que deberán realizarse a pacientes que acuden de vacaciones, así como a pacientes que se dializan en Lérida que realizan sus controles serológicos en nuestro laboratorio.

Se decide instaurar en nuestro programa informático un sistema que nos permita identificar los pacientes de Hemodiálisis. Para ello se va a crear un grupo de pacientes patológicos, a los que se aplicarán diversas herramientas de gestión de la demanda, como el rechazo automático de pruebas serológicas cuando se solicitan con mayor periodicidad de la establecida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/972 ===== ***

Nº de registro: 0972

Título
REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Autores:
LALANA GARCES MARTA ELENA, VEGA VIDALLE CONCEPCION, FONTAN ABAD ADRIAN, TAPIA LANUZA AMADO, MARTINS DOMINGO ORLANDO, VIVES AGUEDA PEDRO JOSE, CARRILLO PRADA JOSEFINA, SILLES ESFORZADO MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones víricas inciden en la morbi-mortalidad de los pacientes en las unidades de Hemodiálisis. Un objetivo fundamental es identificar precozmente a los pacientes infectivos o potencialmente infectivos para establecer medidas de aislamiento que impidan la transmisión nosocomial horizontal, principal vía de transmisión. El control analítico es fundamental en estos pacientes: la determinación de serologías víricas forma parte de todos los protocolos de control del paciente en Hemodiálisis. También es importante para valorar las posibilidades de tratamiento según las características del paciente, especialmente en aquellos candidatos a trasplante renal. Las determinaciones a realizar para estos pacientes están estandarizadas por la Sociedad Española de Nefrología y sus recomendaciones son las que han marcado nuestra línea de actuación. Sin embargo, debido al aumento continuado de pruebas serológicas, surge la necesidad de revisar con el servicio de Nefrología las determinaciones que deben realizarse, la frecuencia y pruebas de confirmación que se envían a laboratorios externos. Así como las pautas y nuevas pruebas a solicitar en caso de seroconversión.

RESULTADOS ESPERADOS

Adeguar protocolos de serologías de pacientes de Hemodiálisis de nuestro hospital a las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología.
Estandarizar la periodicidad con la que se deben solicitar dichos controles, para disminuir peticiones innecesarias o no indicadas.
Determinar qué parámetros deben solicitarse a nuestro laboratorio de referencia en caso de seroconversión para confirmar resultados..
Disminución en número de determinaciones serológicas de VHB, VHC y VIH.

MÉTODO

Revisión y modificación del documento "Serología de Paciente de Hemodiálisis" PTP-PR-VBC de nuestro sistema de calidad basado en la norma UNE-EN ISO 15189.
Reuniones con facultativos de Análisis Clínicos y Nefrología para establecer perfiles analíticos
Se crearán perfiles analíticos incluyendo los parámetros que se deben solicitar de manera automática a través de nuestro sistema informático.

INDICADORES

1.- Indicador: Porcentaje de solicitudes de serología de pacientes en Hemodiálisis que se ajustan a los protocolos.
Estándar: >90%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
2.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VIH (Ac VIH) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
3.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHC (Ac VHC) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
4.-Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHB, que incluyen: Ags VHB, Ac Anti core total VHB y Ac. Anti VHBs de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual

DURACIÓN

Implantación de nuevos protocolos de serología de pacientes en hemodiálisis: 12 meses

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 - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

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 - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUSTE ARA ALFREDO
CAMPO SIN ALICIA
ARCAS SANCHEZ ESTHER
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
IRICIBAR MIR LAURA
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Octubre 2016. Se realizó un parte de incidencia al Servicio de informática con las necesidades para este proyecto, estableciéndose un orden en las acciones.

-Octubre y noviembre 2016.

Se depuraron los archivos existentes en los dos ordenadores y se organizaron los documentos importantes en diferentes carpetas dándoles un nombre claro en relación a su contenido.

-Diciembre 2016.

El Servicio de Informática eliminó los programas inservibles y revisó la capacidad de los ordenadores, aumentando su memoria. También se creó una carpeta, llamada URPA/CMA en el servidor (ordenador central) del Hospital de Barbastro. Se crearon accesos directos a dicha carpeta desde los dos ordenadores.

-Enero 2017. Se colocaron las carpetas válidas y ordenadas en la nueva carpeta creada en el servidor central del Hospital de Barbastro. Se cursó una petición de otro ordenador para la Unidad al Servicio de Informática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disponer de espacio privado en el ordenador, para guardar documentos importantes para el Servicio.

-Tener todos los documentos ordenados en carpetas de forma clara para poder acceder de forma rápida.

-Disponer de los mismos archivos desde cualquier ordenador del Servicio.

- Eliminar sobrecarga de documentos duplicados y/o inservibles en los ordenadores.

- Disponer de un tercer ordenador en el Servicio, desde mayo de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de 3 ordenadores que sin ser nuevos están revisados aumentando al máximo su capacidad.

El personal del Servicio puede acceder a los documentos necesarios para el trabajo, actualizados y ordenados desde cualquier ubicación, debido a que los 3 ordenadores disponen del acceso directo a la misma carpeta. Esto nos proporciona rapidez y seguridad. Además podemos trabajar en el mismo documento desde cualquier ordenador, lo que nos facilita los trabajos en común. También al tener el acceso a la carpeta de forma puntual no nos afecta que otras personas utilicen los ordenadores las 24 horas del día en ausencia del personal específico de la Unidad.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

En proyecto inicial se planteó el crear un acceso restringido solo para el personal del servicio, pero por consenso se decidió no poner contraseña específica para la carpeta común con el propósito de un acceso mas rápido.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/162 ===== ***

Nº de registro: 0162

Título

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA

Autores:

ESCOLANO HURTADO CARMEN, YUSTE ARA ALFREDO, CAMPO SIN ALICIA, ARCAS SANCHEZ ESTHER, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, IRICIBAR MIR LAURA, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....: organizativo

PROBLEMA

Los servicios de URPA y CMA son dos partes dentro del bloque quirúrgico. Se componen de dos salas separadas, una con cinco camas para pacientes postquirúrgicos en la URPA y otra con cuatro camas y cuatro sillones para pacientes de cirugía ambulatoria en la CMA. Las características de estos Servicios son:

- Dos servicios separados físicamente que comparten documentos,
 - Dos servicios diferentes donde el personal se mueve de uno a otro según necesidades asistenciales.
 - Utilización de muchos documentos en papel que se imprimen desde los dos ordenadores existentes.
 - Servicio con horario de 8 a 15 horas, pero que permanece abierto 24 horas para urgencias con necesidad de acceso a los ordenadores.
 - Los ordenadores son antiguos con capacidad reducida.
 - Los ordenadores son utilizados por mucho personal en turno de mañanas tanto del servicio como de diferentes especialidades que trabajan en los quirófanos.
- Los problemas detectados se esquematizan de la siguiente manera:
- Los ordenadores son utilizados por personal del servicio y por mucho personal ajeno, lo que nos lleva a encontrar gran cantidad de archivos irrelevantes para nuestro servicio, normalmente en el escritorio pero en ocasiones dentro de las diferentes carpetas. El personal del Servicio teme que documentos importantes del servicio sean modificados o eliminados de forma involuntaria.
 - El personal del servicio URPA y CMA se mueve entre los 2 espacios de forma habitual, por ello se crean archivos duplicados en los dos ordenadores existentes con el objetivo de acceder desde las dos ubicaciones.
 - Cuando se esta trabajando en alguna modificación, proyecto, etc. el personal tiene que transportarlo en un dispositivo externo para llevarlo de un ordenador a otro, apareciendo en ocasiones duplicados de trabajos en diferentes fases de realización.
 - Los ordenadores son antiguos, con poca capacidad y están llenos de documentos inservibles.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disponer de espacio privado en el ordenador, con acceso restringido para el personal del Servicio URPA/CMA para guardar documentos importantes para el Servicio.
- Tener todos los documentos ordenados en carpetas de forma clara para poder acceder de forma rápida.
- Disponer de los mismos archivos desde los dos ordenadores.
- Poder hacer trabajos en común accediendo al documento desde cualquier ordenador del Servicio.
- Eliminar sobrecarga de documentos duplicados y/o inservibles en los ordenadores

MÉTODO

- Revisión exhaustiva por parte del personal del servicio de URPA y CMA de todos los archivos guardados en ambos ordenadores.
 - eliminar inservibles para el Servicio.
 - seleccionar documentos validos, clasificándolos en carpetas.
- Realizar parte al Servicio de informática para:
 - eliminación de programas inservibles y revisión de capacidad de los ordenadores.
- Creación de carpeta URPA/CMA en el servidor (ordenador central) del Hospital de Barbastro.
- Adjudicación de usuario y contraseña al personal de URPA/CMA para el acceso a dicha carpeta.
- Creación de accesos directos a carpeta URPA/CMA desde los dos ordenadores.
- Colocación de los archivos en la carpeta creada y organización de los documentos.

INDICADORES

- Claves de acceso
Que todo el personal de URPA y CMA disponga de clave de acceso para la carpeta del Servicio URPA/CMA, conozca como acceder y utilice la carpeta.

% personal del servicio de URPA + % personal del servicio de CMA que acceda a la carpeta del servidor URPA/CMA*100/ total de trabajadores del servicio URPA+ CMA.
Estandar: 100%

- Carpeta en el servidor llamada URPA/CMA.
Existencia de una carpeta en el ordenador central del Hospital de Barbastro llamada URPA/CMA.
Resultado esperado: Si

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

-Octubre.
Realización del parte de incidencias al Servicio de informática.
-Octubre y noviembre 2016.
Depuración de los archivos existentes en los dos ordenadores.
Organización de los archivos importantes en diferentes carpetas dándoles nombre claro de lo que contienen.
- Diciembre 2016.
Colocación de las carpetas seleccionadas en la nueva carpeta creada.
Adjudicación de claves de acceso para personal de URPA/CMA a dicha carpeta.

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 - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA IRICIBAR MIR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMPO SIN ALICIA
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
ARCAS SANCHEZ ESTHER
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
ESCOLANO HURTADO CARMEN
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contactamos con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto y estudiar la viabilidad del mismo. Recibiendo tanto su aprobación como interés e intención de colaborar.

Comprobamos con el servicio de medicina preventiva qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Se revisó minuciosamente el protocolo del servicio de medicina preventiva entre todo el personal de enfermería de la unidad.

Realizamos reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento.

Realizamos una guía con los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento y realizamos un póster para exponerlo en la unidad.

Dichas actividades fueron realizadas durante las fechas establecidas en el proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras varias reuniones del equipo de mejora, se establecieron y normalizaron las Medidas de Control de aislamiento que se deben aplicar en cada caso concreto en nuestra unidad, asumiendo exclusivamente, los pacientes que precisen aislamiento de contacto.

Se colocó en la unidad un póster de "precauciones de aislamiento" elaborado por el servicio de medicina preventiva, también se puso a disposición de los trabajadores los carteles indicativos de aislamiento por contacto.

Realizamos dos reuniones con el personal sanitario de la unidad en las que se informó del procedimiento a seguir en estos casos.

En dichas reuniones se puso en conocimiento de los trabajadores las normas de actuación reflejadas en la guía y el póster de elaboración propia con el protocolo de aislamiento adaptado a nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias al conocimiento de la guía de actuación y la correcta utilización del póster, se ha conseguido la unificación de criterios y el manejo adecuado de los pacientes que precisan aislamiento por contacto en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/242 ===== ***

Nº de registro: 0242

Título
ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
IRICIBAR MIR LAURA, CAMPO SIN ALICIA, ARCAS SANCHEZ ESTHER, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecto-contagiosas (prevención)
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 riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en el medio hospitalario, tanto entre pacientes como entre pacientes y personal sanitario, ha motivado la consideración y puesta en marcha, en la mayoría de los hospitales, de una serie de medidas o precauciones para evitarlo. Nuestro hospital dispone de un protocolo de aislamientos cuya última actualización se ha realizado en 2016.

En nuestra unidad URPA (unidad de reanimación post-anestésica) atendemos a los pacientes ingresados en el hospital que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente, exceptuado a los que precisaran cuidados intensivos tras la operación (UCI), Entre los que se encuentran pacientes que precisan diferentes medidas de aislamiento.

Siguiendo el protocolo de nuestro hospital, encontramos en el apartado de control ambiental lo siguiente:

• Control ambiental, aislamiento transmisión por contacto y gotas
HABITACIÓN INDIVIDUAL. Si no se dispone de habitación individual y, siempre consultando previamente con el Servicio de Medicina Preventiva, se podrá hacer un aislamiento por cohortes.

• Control ambiental, aislamiento transmisión aérea

HABITACIÓN INDIVIDUAL.

- La puerta debe permanecer siempre CERRADA.
- La habitación debe tener presión negativa respecto al pasillo.
- La renovación de aire debe ser entre 6 y 12 recambios de aire por hora.
- La extracción de aire debe ser directamente al exterior, y si recircula debe colocarse un filtro HEPA antes de la incorporación al circuito general.

Teniendo en cuenta las características de la unidad que dispone de 5 boxes separados únicamente por biombos, un espacio físico reducido y la imposibilidad de disponer de una habitación individual, consideramos necesaria la adaptación de dicho protocolo a la unidad para poder llevar a cabo las medidas de protección y aislamiento lo más correctamente posible.

La elaboración de una guía de actuación, para la atención de este tipo de pacientes con unas normas claras, estandarizadas y conocidas por todo el personal, resultará de gran utilidad al personal y facilitará el correcto seguimiento del protocolo del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

En primer lugar los objetivos marcados por el protocolo del Hospital.

- o Prevenir la diseminación de microorganismos entre pacientes, personal sanitario, visitantes y equipos.
- o Proteger a los profesionales sanitarios de la exposición a microorganismos de fluidos corporales, sangre, aerosoles, excreciones, secreciones, agujas contaminadas u objetos cortantes.

Y como objetivos específicos:

- o Establecer y normalizar las medidas de control que se deben aplicar en cada caso concreto, en nuestra unidad.
- o Difundir entre el personal sanitario responsable del paciente en la unidad las actuaciones a seguir, en coordinación y con el asesoramiento del servicio de medicina preventiva.

MÉTODO

? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto y estudiar la viabilidad del mismo. A realizar coordinador proyecto de mejora.

? Comprobar con el servicio de medicina preventiva qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Miembros proyecto de mejora

? Revisar minuciosamente el protocolo del servicio de medicina preventiva entre todo el personal de enfermería de la unidad. Miembros proyecto de mejora.

? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento. Miembros proyecto de mejora y servicio de medicina preventiva .

? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Miembros proyecto de mejora.

? Realizar póster para exponerlo en la unidad. Miembros proyecto de mejora.

INDICADORES

? Puesta en marcha de la guía de aislamientos en la unidad.

? Comprobar la existencia del póster en unidad .

? Actualización de la guía anualmente.

DURACIÓN

? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto, estudiar la viabilidad del mismo y comprobar qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Primera semana de octubre.

? Revisar de forma minuciosa e individualmente el protocolo del servicio de medicina preventiva por todo el personal de enfermería de la unidad. Mes de octubre.

? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

pacientes que requieran aislamiento. Primera reunión ultima semana de octubre, según presión asistencial.
? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Ultima semana de febrero.
? Realizar póster para exponerlo en la unidad. En la segunda quincena de marzo.

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 - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE GUSTAVO FRANCISCO ANGULO BALDUZZI

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROJAS FAVIO ANIBAL
GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO
MAGALLON PUY JUAN ALBERTO
MARTINEZ CASTILLON JAVIER
ARILLA ALBAS ANA MARIA
GOMEZ MARQUEZ MARIA
COMPS ALMUNIA DANAE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 2 reuniones presenciales, una en el hospital con los miembros de urgencias y cardiología, y otra con los dos centros de salud con mayor población del área (CS Barbastro y CS Monzón) para la implementación un protocolo de derivación de los pacientes con primer diagnóstico de fibrilación auricular (FA), desde atención primaria y desde urgencias. Con los demás CS se realizaron contactos por vía telefónica. Se solicitó al jefe de sección de informática del hospital la autorización para utilizar el nuevo programa de consultas virtuales, similar al que ya estaba siendo utilizado por neurología.

Se estableció un protocolo de atención en la consulta de cardiología donde se incluyó como parte de la valoración inicial en la primera consulta la ecocardiografía (V-scan GE). Se confeccionó un documento ad-hoc que incluyó la valoración de función sistólica del ventrículo izquierdo, presencia de valvulopatías significativas, y determinación si el sujeto era apto o no para el uso de nuevos anticoagulantes (NACO). Dicho informe quedaba documentado en intranet, HP Doctor, para la visualización inmediata de los médicos de atención primaria. Posteriormente se completó la evaluación con la realización de un ecocardiograma reglado. Se utilizaron los criterios de las guías de práctica clínica en FA [European Society of Cardiology (ESC), Sociedad Española de Cardiología (SEC)] y la reglamentación autonómica (visado) para decidir el tipo de anticoagulante inicial. Los pacientes que acudían a urgencias con diagnóstico de FA de reciente comienzo, ya sea derivados por los médicos de atención primaria o no, fueron registrados, se les realizó valoración con las escalas mencionadas y se le inició anticoagulación en caso de estuviera indicado, además del resto de la medicación necesaria. El día posterior se recogía la información del paciente y se los citaba preferente con alguno de los dos cardiólogos implicados en el proyecto. Se incorporaron los datos a una base de datos Excel y se analizaron los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de los pacientes fueron derivados desde urgencias hospitalarias. Ningún paciente fue derivado desde atención primaria al servicio de cardiología con FA de reciente diagnóstico mediante el protocolo implementado. No se derivó ningún paciente de forma on-line. El sistema de consultas virtuales solicitadas al jefe de informática nunca fue autorizado por dirección médica. Al momento de la finalización del proyecto se implementó un sistema de consultas virtuales para derivación desde atención primaria a especialidades, por lo que no se pudo contar con dicha herramienta durante la realización del proyecto en cuestión. Ningún paciente fue resuelto in situ en los centros de atención primaria por el sistema de derivación directo propuesto. Se asistieron 91 pacientes con FA de reciente diagnóstico registrados desde 01/09/2016 al 31/08/2017. El 62% se anticoagularon con acenocumarol y el 38% con NACO. De estos últimos el 40% recibió apixaban el 37% ribaroxaban, el 18% edoxaban y el 2% dabigatran. En un paciente estaba contraindicado el uso de anticoagulantes y otro paciente fue medicado con ácido acetilsalicílico debido a preferencia del paciente con riesgo embólico intermedio. Se logró reducir el tiempo a la primera visita con el especialista y el tiempo a la primera valoración ecocardiográfica a 11 días, semejante a los resultados obtenidos en el proyecto de mejora a la accesibilidad de pacientes con FA (2015-2016). No hubo una indicación equivocada de NACO relacionado con valvulopatías significativas que contraindiquen su uso. La correlación ecocardiografía con ecocardiografía fue del 100% realizada por un especialista entrenado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo de derivación desde urgencias a consultas de cardiología logró reducir los tiempos de atención con el especialista y el inicio de la anticoagulación desde el primer contacto hospitalario. El protocolo de derivación dependiente de atención primaria no funcionó correctamente, deberá analizarse el motivo y proponer soluciones. Estamos convencidos de que si esta vía de derivación se implementara desde los órganos de dirección correspondientes descongestionaría el volumen de consultas de urgencias hospitalarias con disminución del tiempo al contacto con el especialista, ofreciendo una herramienta práctica, segura y rápida al médico de atención primaria permitiendo el inicio precoz del tratamiento anticoagulante, optimizando la calidad de atención médica y promoviendo la coordinación entre atención primaria y especializada.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

*** ===== Resumen del proyecto 2016/662 ===== ***

Nº de registro: 0662

Título
FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Autores:
ANGULO BALDUZZI GUSTAVO, ANIBAL ROJAS FAVIO, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO, GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO, MAGALLON PUY JUAN ALBERTO, BLASCO OLIVETE MELITON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en España con una prevalencia del 4.4%, afectando al 10% de los pacientes mayores de 65 años y aumentando su incidencia con la edad. Como es conocido la FA aumenta 5 veces el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) de origen cardioembólico a quien la padece. Los estudio estiman que la FA es responsable del 25% de los 24000 ACV cardioembólicos que se producen en España al año, siendo además la prevalencia de este tipo de ACV superior en pacientes <45 años. Todo esto supone un importante problema sanitario puesto que conlleva un riesgo de morbi-mortalidad incremental siendo el ACV isquémico la complicación más temida de la FA dadas sus secuelas devastadoras y elevado riesgo de recurrencia. El ACV causa una mortalidad anual del 50% durante el primer año tras su diagnóstico, siendo además responsable de discapacidad en el 60% de los pacientes que sobreviven.
Los ensayos han demostrado el beneficio clínico neto del tratamiento anticoagulante de la FA, tanto con los clásicos antivitamina K (AVK) como con los nuevos anticoagulantes orales no antivitamina K (NACOS) con una importante reducción de los eventos embólicos y de la mortalidad (más marcado en ancianos que en jóvenes). En nuestro país, del total de pacientes anticoagulados, el 85% están siendo tratados con AVK. Para medir la calidad de la anticoagulación se calcula el tiempo que el paciente está correctamente anticoagulado mediante la denominada permanencia en tiempo en rango terapéutico (TTR) y según los estudio españoles Anfagal y Paula-2015 el 40 % de los pacientes anticoagulados con AVK tienen un inadecuado control de anticoagulación con unos valores de TTR por debajo del nivel deseado el 60 % del tiempo. Este inadecuado control aumenta los episodios de ACV, lo que genera un ingente gasto sanitario debido a los ingresos hospitalarios por esta causa y aumenta también el gasto social por la pérdida de capacidades de los pacientes, produciendo además trastornos en la calidad de vida del involucrado y de su familia. En los últimos años han surgido nuevas opciones de tratamiento anticoagulante, con fármacos más seguros y eficaces que el tratamiento convencional con AVK. Para disminuir las secuelas y complicaciones de la FA, es imprescindible instaurar un tratamiento rápido y efectivo, que cuente con la evaluación precoz por parte de Cardiología, así como también instaurar a nivel asistencial un mecanismo coordinado de derivación de los pacientes, y el cambio en los tratamientos según las nuevas guías europeas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el tiempo entre el diagnóstico de fabricación auricular y la primera ecografía cardiaca.
- Implementación de las escalas para decidir la necesidad de anticoagular o no.
- Empleo de las escalas para decidir que tipo de tratamiento anticoagulante emplear si está indicado hacerlo
- Adecuación de los posibles tratamientos a las indicaciones de las guías, tanto en la iniciación como en las sucesivas visitas de control.

MÉTODO
- Reunión de los miembros del equipo de mejora para unificar criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento
- Agilizar la accesibilidad y canalización directa a la Consulta de Arritmias Trombogénicas de los pacientes diagnosticados en A.Primaria sin la necesidad de acudir a Urgencias (utilizando nuevo programa on line en marcha para el servicio de Urgencias)
- Sistema de consulta on line y resolución in situ del caso con AP
- Creación de un protocolo de acción inicial ante el diagnóstico (analíticas, ECG y examen físico básico necesario)
- Unificación de las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico como la utilización de la escala SAMETT2R2 que predice la probabilidad de éxito del tratamiento con AVK.
- Creación de una base de datos con los pacientes atendidos en el Sector Barbastro centralizada en la consulta de Cardiología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

- Creación de una consulta preferente para la asistencia específica de pacientes con fibrilación auricular
- Implementación de un sistema de apoyo ecográfico rápido para los pacientes de Atención Primaria (vscan) para poder orientar el tratamiento de la forma más precoz posible

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes derivados del Servicio de Urgencias hospitalarias y desde Atención Primaria con diagnóstico de FA
- Porcentaje de paciente derivados on line desde AP
- Porcentaje de pacientes con resolución in situ (en su Centro de Salud)
- Tiempo desde el diagnostico en AP/Urgencias a la toma del anticoagulante
- Porcentaje de pacientes derivados con antivitamina K o con nuevos anticoagulantes orales
- Porcentaje de pacientes derivados con antiagregantes o sin anticoagulación

DURACIÓN

JULIO 2016: reunión del equipo de mejora y unificación de los criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

SEPTIEMBRE 2016: configuración del protocolo definitivo

OCTUBRE 2016: inicio de derivaciones de pacientes a consulta especializada.

DICIEMBRE 2016 : reunión para valorar problemas en el funcionamiento asistencial

MARZO 2016: recolección de datos y discusión de los mismos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 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 - 2016/1001

1. TÍTULO

CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONED IBOR CARLOS
PINTADO TORRECILLAS MARINA
VALERO ASCASO EVA
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA
SEIRA LLEDOS MARIA PILAR
RODRIGUEZ MAÑAS MARIA MAR
ROLDAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Diciembre de 2016, se reúne el grupo de componentes del plan de mejoray se decide el material que ha de haber en cada cajón de los carros de curas, así como en los compartimentos laterales. Se hacen unas hojas (en las que se incluyen fotos indicando el lugar y cantidad de cada material) para que todo el personal, tanto de la planta como eventual, pueda mantener una homogeneidad de reposición.

En Febrero de 2017, tras un mes trabajando con los tres carros de curas, y las hojas que se crearon para reponer los carros, se hacen pequeñas modificaciones en la cantidad de algún material.

Los carros se están reponiendo al final de cada turno y todos los lunes por la mañana, se revisan cada cajon minuciosamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El trabajo de enfermería se ha aliviado gracias a los carros de curas, y el buen mantenimiento que se está llevando a cabo. Especialmente en situaciones no previstas, ya que evita viajes innecesarios. Y por ello menor cansancio del personal.

El que todo el mundo sepa que ha de haber en cada carro, evita que cofusión a la hora de reponer y que todo el mundo encuentre el material rápidamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo el personal de enfermería está muy satisfecho con los tres carros de curas y su funcionamiento. Saber donde hay que buscar facilita mucho el trabajo. Al haber estandarizado la reposición evita las perdidas de tiempo buscando material en todos los cajones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1001 ===== ***

Nº de registro: 1001

Título
MATERIALES QUE INTEGAN LOS CARROS MULTIFUNCION DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO,ASI COMO SU MANTENIMIENTO

Autores:
FRANCES RAMI ESMERALDA, BONED IBOR CARLOS, SEIRA LLEDOS MARIA PILAR, VALERO ASCASO EVA, ROLDAN MORENO LAURA, PINTADO TORRECILLA MARINA, CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA, RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1001

1. TÍTULO

CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO

PROBLEMA

Dado, que hasta ahora se estaba trabajando con carros simples que se preparaban cada profesional en su turno y dejaba vacío al finalizar la jornada, teniendo en cuenta que trabajamos en turno rotatorio, que somos en plantilla 12 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería, y como cada persona cuenta con un criterio puede dificultar el trabajo si no se sigue la misma pauta de orden y mantenimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la efectividad del trabajo de los equipo de enfermería de la planta de cirugía del hospital de Barbastro.
- Estandarizar el material que ha de formar parte del carro de curras, para que todos los profesionales sepan que hay y donde debe estar.
- Mantener limpio y ordenado el carro multifunción.

MÉTODO

Primera semana de octubre se reúnen los componentes del proyecto del plan de mejora y se consensua el material que podría formar parte de cada cajón del carro multifunción.

Esa misma semana, reunión con los TCAEs de la planta para orientar forma de trabajo, en relación a los carros multifunción y consensuar mantenimiento.

A mediados de noviembre y tras aproximadamente 6 semanas de trabajo con los carros multifunción, los miembros del plan de mejora, se reunirán para valora la idoneidad del material acordado en la primera reunión. Se realizarán los cambios de cantidad o ubicación de material.

Se valorará el funcionamiento de la reposición y limpieza de los carros.

Se creará una hoja de control de cada carro, en la que el responsable del proyecto, la cumplimentará el primer viernes de cada mes par (Cada dos meses) .La hoja estará compuesta por 6 ítems. Si está conseguido el ítem valdrá un punto y si no está bien 0.

Se busca conseguir más del 66% de los ítems

Diciembre: Iniciar control del mantenimiento del carro multifunción.

Abril 2017: Primer corte de indicadores.

Octubre 2017: Segundo corte de indicadores.

Se reunirá el grupo de mejora y valorará los resultados y posibles modificaciones a la vista de los resultados.

Puesta en marcha de las modificaciones si fueran necesarias

Diciembre: Fin del plan de mejora

INDICADORES

- Revisión de los datos obtenidos de la hoja control creada en noviembre de 2016.
- Opinión de los componentes de del plan de mejora obtenido en su uso diario y expresada en las reuniones de grupo

DURACIÓN

Inicio en octubre de 2016 y finalización en diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE AURORA CARRASQUER PUYAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
ABAD SANZ MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA
HUICI GERMAN ALBERTO
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de junio 2017 a diciembre 2017 se ingresaron 24 pacientes con colecistitis aguda con criterios para la inclusión en el proyecto de tratamiento quirúrgico precoz:
- Diagnostico de CA
- Clínica menor de 7 días de evolución
- Sin tratamiento anticoagulante ni antiagregante
- Sin datos clínicos de sospecha de patología biliar concomitante (dilatación de vía biliar principal, coledocolitiasis, bilirrubina mayor a 3 mg/dL, amilasa elevada 4 veces, enzimas de colestasis elevadas 1,5 veces)
- Aceptación de tratamiento quirúrgico por parte del paciente

De estos 24 pacientes se intervinieron de manera preferente durante los 3 primeros días de ingreso a 13 de ellos (54.2%), en quirófano urgente fuera de jornada laboral habitual a 7 de los mismo (53.8% de las intervenciones)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes intervenidos de manera precoz presentaron una estancia media de 5 días postquirúrgicos, sin requerir reingreso posterior para intervención. Se intervinieron de manera laparoscópica el 92.3% de los pacientes sin incidencias. La mortalidad fue de 0 % y únicamente un paciente (7.7 %) presentó una complicación en forma de fístula postquirúrgica autolimitada.

Aquellos que no se intervinieron de manera precoz presentaron una estancia media de 7 días, con posterior inclusión en lista de espera quirúrgica para colecistectomía electiva. Igualmente no presentaron mortalidad, pero 2 de ellos (18%) requirieron reingresos por el mismo episodio de colecistitis.

Los datos de los pacientes intervenidos fueron recogidos de manera prospectiva y se revisaron las bases de datos de codificación hospitalaria para revisar todos los episodios de ingreso por causa biliar (colecistitis aguda y crónica y coledocolitiasis).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La cirugía precoz de la colecistitis aguda es una cirugía factible y segura que puede completarse por laparoscopia y permite una recuperación correcta del paciente en un único ingreso hospitalario. Sin embargo la realización de esta cirugía requiere una organización del equipo quirúrgico, anestésico y de enfermería complejo que en ocasiones no permite la realización de la misma. Así se pone de manifiesto dado que el 45.8% de los pacientes que podrían haberse beneficiado de la cirugía precoz no fueron intervenidos. Al revisar los datos se evidencia que en la mayor parte de los pacientes no intervenidos se trataba de personas ancianas, pluripatológicos y en ocasiones institucionalizados, parámetros no recogidos en los criterios de exclusión, pero a tener en cuenta a la hora de indicar una cirugía urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1771 ===== ***

Nº de registro: 1771

Título
TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA (CA)

Autores:
CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, ECHAZARRETA GALLEGU ESTIBALIZ, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, HUICI GERMAN ALBERTO, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La coledocolitiasis es una de las patologías digestivas más frecuentes en la población y su complicación en forma de CA representa una de las patologías urgentes de mayor prevalencia, con una mortalidad global de en torno al 10%. Hay un claro consenso en todas las vías clínicas recientes de que el mejor manejo de esta patología es la cirugía precoz de la misma mediante colecistectomía laparoscópica. Sin embargo dada la complejidad técnica y organizativa de esta intervención en nuestro centro el manejo habitual de la colecistitis es mediante tratamiento conservador con ingreso, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioterapia, relegando la intervención urgente en aquellos casos que presente mala evolución clínica. En el año 2016 en nuestro centro se atendieron en 102 pacientes con CA sin otra complicación biliar relacionada (pancreatitis, coledocolitiasis, ictericia) de las cuales requirieron reingreso e intervención en un 2º tiempo 88 (86.2 %) de ellos con una estancia media de 4.43 días en el primer ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es ofrecer un tratamiento quirúrgico precoz de las CA que cumplan los criterios para la misma, permitiendo una resolución temprana de la patología y en un mismo ingreso. La técnica quirúrgica de elección ha de ser la laparoscópica dado que comporta una menor morbilidad y una recuperación más temprana.

La aplicación de este proyecto comportaría:

- Menor tasa de reingreso por un evento similar
- Menor morbilidad
- Menor pérdida de calidad de vida y de productividad laboral
- Minimización del coste sanitario

Este proyecto implica al servicio de Cirugía General (CG), Anestesiología y Enfermería.

Los pacientes que podrían beneficiarse de este proyecto son aquellos pacientes que ingresen con:

- Diagnostico de CA
- Clínica menor de 7 días de evolución
- Sin ttº anticoagulante ni antiagregante
- Sin datos clínicos de sospecha de patología biliar concomitante (dilatación de vía biliar principal, coledocolitiasis, bilirrubina mayor a 3 mg/dL, amilasa elevada 4 veces, enzimas de colestasis elevadas 1,5 veces)
- Aceptación de tratamiento quirúrgico por parte del paciente

Se estima que la población diana podrían ser 30-40 pacientes /año.

MÉTODO

La cirugía precoz de la CA por laparoscopia comporta una dificultad técnica por la cual se precisa la participación de 2 cirujanos. En nuestro centro las intervenciones urgentes las realiza el CG asistido por el ginecólogo de guardia, sin embargo para la aplicación de esta técnica y la resolución de sus posibles complicaciones es necesaria la experiencia y la cooperación de ambos cirujanos.

Igualmente, al tratarse de una patología urgente, se presenta de manera imprevista y se tiene que resolver en partes quirúrgicos no programados, por lo que sobrecarga el quirófano de urgencias.

Por lo tanto para su aplicación es necesario:

- Cooperación de Anestesiología para la realización de las cirugías en parte de Urgencias cuando no fuera posible realizarlo en el quirófano programado habitual.
- Presencia del CG de guardia habitual y un ayudante de CG durante las mañanas o en horas fuera de jornada laboral
- Cooperación de enfermería quirúrgica para la realización de técnica laparoscópica en el quirófano de urgencias.

Por lo tanto ante un paciente con CA se requerirán los siguientes pasos:

- Indicación de cirugía precoz (urgente diferida) de la CA por parte del CG según criterio médico.
- Realización de la intervención en un plazo máximo de 7 días desde el inicio de los síntomas
- Programación de la intervención en quirófano habitual de CG si posible
- En caso de no ser posible se realizará de manera urgente durante las horas fuera del horario laboral siempre que el anestesista de guardia y enfermería quirúrgica dieran su consentimiento por motivos de organización o presión asistencial del quirófano de Urgencias

Los recursos materiales a utilizar son los habituales en una intervención de colecistectomía laparoscópica ya utilizados en nuestro centro.

Los recursos humanos necesarios son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

- CG de guardia
- Anestesista de guardia
- Enfermería quirúrgica de urgencias
- CG ayudante disponible

INDICADORES

Los indicadores a utilizar serán:

- % de pacientes con CA intervenidos precozmente sobre el nº total de pacientes con CA ingresadas
- % de cirugías realizadas por laparoscopia
- Días de estancia hospitalaria
- Morbilidad y mortalidad

Los datos se recogerán de manera prospectiva en base de datos de todos los pacientes que ingresen de manera urgente con CA litiasica que entren dentro de los criterios definidos

DURACIÓN

Dos años (Junio 2017-Mayo 2019) en los que se recogerán datos de los pacientes para poder implementar posteriormente el programa de manera rutinaria. Los componentes del equipo de CG serán los encargados de recoger la casuística y datos relacionados.

El proyecto se evaluará y comunicará en la Memoria del Sº de CG y Aparato Digestivo del H. de Barbastro y mediante la plataforma así prevista por el SALUD.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ADRIAN ROCHE ALBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALARCON FERNANDO ESTEBAN
CALVO DE MORA REBOLLO MARIA JESUS
BLANCO BAIGES EDUARDO
ALONSO AYERBE LAURA
HUICI GERMAN ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha seguido el calendario indicado en la solicitud. En una primera fase se ha creado el grupo de mejora. Se ha realizado una importante labor de formación de todo el personal implicado en el proceso. En este sentido se han realizado los siguientes cursos:

"Curso Actualización de en el manejo del paciente en una unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología". Acreditado con 1,8 créditos. Barbastro, 9-11/05/2016. Exp 02-0010-06/0140-A

2º edición del "Curso de Actualización de en el manejo del paciente en una unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología". Acreditado con 1,8 créditos. Barbastro, 19-21/09/2016. Exp 02-0010-06/0140-A

"Curso Actualización en técnicas y patología traumática básica". 2,6 créditos. 12 horas. 1,2 marzo 2017 (02-0010-06/0207-A).

"Curso de Actualización en técnicas y patología traumatológica en Atención Primaria". Barbastro, 13 y 14 de diciembre de 2016. 2,6 créditos (02-0010-06/0200-A)

"Curso Instrumental quirúrgico de osteosíntesis en traumatología" (SBA-0756/2016), Barbastro, 12/12/2016. 1,2 créditos

"Curso-Taller Inmovilizaciones y vendajes funcionales" (exp 02-0010-06-0194A). Barbastro 7 y 9 de noviembre de 2016. 2 créditos. BA-0624/2016.

2ª edición del "Curso-Taller Inmovilizaciones y vendajes funcionales" (exp 02-0010-06-0194B). Barbastro 30 y 31 de enero de 2017. 2 créditos. BA-0007/2017.

Entre los meses de octubre y diciembre se ha implementado el proyecto y se han estudiado los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los cursos de formación y las sesiones clínicas han permitido estandarizar el proceso, y llegar a acuerdos y pautas claras para el manejo de los pacientes de edad avanzada con fractura de cadera.

Desde que el paciente llega a urgencias y es diagnosticado se inicia el protocolo para planificar la intervención. Se estudia el estado general, se estabilizan las enfermedades crónicas, se tratan los problemas de salud agudos, y se deja al paciente en dieta absoluta y sin heparina hasta tener claro la posibilidad de intervención quirúrgica. Durante el ingreso, se siguen en gran medida las pautas descritas, pautando la heparina a las 21:00, todo ello con el objetivo de realizar la intervención en las mejores condiciones y lo antes posible, disminuyendo la comorbilidad asociada al retraso en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

La disminución del tiempo de espera en fracturas pertrocantéreas ha sido de 2,3 días de media, destacando que el 67% de los pacientes se han intervenido durante las primeras 24h del ingreso.

En el caso de la fractura intracapsular de cadera, el tiempo medio para la intervención ha disminuido 1,3 días. Se trata de una mejora del tiempo prequirúrgico inferior debido a que este tipo de fracturas requieren mayores recursos de personal, por lo que no se pueden realizar durante la guardia. En todo caso, el 85% de los pacientes se han intervenido antes de las 48 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global ha sido muy buena.

El esfuerzo realizado para unificar criterios entre los diferentes servicios implicados era necesario y ha permitido mejorar el manejo de estos pacientes.

La labor docente realizada, con los cursos y sesiones impartidas, ha sido reconocida tanto por los profesionales implicados directamente en el proceso como por aquéllos que participan esporádicamente, como en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

el ámbito de la atención primaria.

Hemos constatado, tal y como se avala en la literatura, que la optimización del proceso de fractura de cadera mejora los indicadores del ingreso del paciente y disminuye la mortalidad del paciente durante el primer año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/482 ===== ***

Nº de registro: 0482

Título
MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Autores:
ROCHE ALBERO ADRIAN, ALARCON FERNANDO ESTEBAN, CALVO DE MORA REBOLLO MARIA JESUS, BLANCO BAIGES EDUARDO, ALONSO AYERBE LAURA, EITO CUELLO JUAN JOSE, HUICI GERMAN ALBERTO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La fractura de cadera del anciano tiene una alta prevalencia en la población y se observa un aumento de incidencia en los últimos años. Representa un importante peso de la actividad quirúrgica y de hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Según los estudios, el 24% de pacientes que sufren una fractura de cadera fallecen en el primer año tras la fractura. Menos del 30% recuperan su situación funcional previa a la fractura. La mayoría de los que superan el ingreso hospitalario necesitan ayuda para las actividades de la vida cotidiana, de ellos uno de cada cuatro precisan seguir cuidados en un centro de larga estancia o residencia.
Esta patología supone un reto de salud pública por su volumen e impacto en la salud. Se ha demostrado que la optimización de la estancia hospitalaria, particularmente la realización de la cirugía en las primeras 24-48 horas y la deambulación precoz son claves para la recuperación funcional de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es optimizar el proceso de fractura de cadera en el anciano acortando el tiempo prequirúrgico. Paralelamente se pretende disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, las comorbilidades asociadas y mejorar el estado funcional del paciente al alta hospitalaria.

MÉTODO
Se pretende actuar a varios niveles del proceso de hospitalización para acortar el tiempo prequirúrgico. Desde Urgencias se protocolizará la asistencia para que cada paciente tenga el preoperatorio completo desde el diagnóstico. Se protocolizará la pauta de heparina y fármacos antiagregantes y anticoagulantes para que no retrasen la intervención. Se iniciarán los tratamientos pertinentes. Así mismo se priorizará la asignación de cama hospitalaria a los pacientes candidatos a cirugía en las primeras 24 horas.
Por parte de Anestesia se pretende valorar al paciente al ingreso para optimizar sus enfermedades crónicas previas y planificar la cirugía lo antes posible.
En la planta de hospitalización se controlarán las pautas establecidas para estos pacientes y se controlará el correcto estado del paciente antes y después de la intervención.
Traumatología coordinará el proceso en su conjunto con idea de realizar la intervención en las primeras 24-48 horas en los casos en que sea posible.
El Servicio de Geriátrica contribuirá al correcto estado del paciente, la optimización de las enfermedades crónicas y el tratamiento de las posibles comorbilidades.

INDICADORES
El indicador principal será el tiempo preoperatorio, monitorizando el número de pacientes intervenidos en las primeras 24 y 48 horas.
Se monitorizará también la estancia hospitalaria, el tipo de fractura, datos epidemiológicos (edad, estado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

funcional previo y posterior, enfermedades asociadas, etc) y la supervivencia

DURACIÓN

De enero a junio de 2016 se han realizado los contactos pertinentes para formar el equipo de mejora. Se ha sensibilizado a los agentes implicados en la necesidad de mejorar el proceso. Se ha establecido la comunicación entre los servicios implicados para definir objetivos, identificar problemas y buscar soluciones.

Septiembre: Sesiones clínicas interdisciplinarias para exponer las pautas acordadas y buscar un protocolo común.

Octubre: elaboración y puesta en marcha de las acciones pactadas. Identificación de problemas y búsqueda de soluciones.

Octubre, noviembre y diciembre: ejecución de las pautas acordadas y monitorización del proceso

Enero de 2017: estudio y análisis de datos

OBSERVACIONES

Se van a realizar reuniones mensuales para valorar el proceso e implementar mejoras viendo los resultados intermedios y valorando la opinión de los agentes implicados

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 - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SALAS MARIA PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
BUIL MARTINEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta se viene realizando de manera mensual y en ocasiones bimensual, desde Enero hasta Diciembre. Los días de consultas realizados han sido 14.

Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.00 a 15 horas.

Número de pacientes: 5 por consulta.

Todos los pacientes que presenta Psoriasis y artritis psoriásica del servicio de Dermatología y Reumatología se les revisa en esa consulta para no duplicar citas.

En la primera consulta se realizan cuestionario de manera individualizada gracias a SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil ue contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica así como cuestionarios de calidad de vida y el índice PASI (índice de gravedad y de extensión de la psoriasis), para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Enero 2015-Diciembre 2018

109 pacientes (75 nuevos, 34 revisiones)

Motivo de referencia: Duda diagnóstica(43%),Terapéutica (57%).

Resultados: - Nuevo diagnóstico Aps: 29 (27%)

- Nuevo diagnóstico Ps: 11 (10%)

- Inicio o cambio de tto biol/inmunosup

- Dx de efectos secundarios

- Otros diagnósticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El abordaje holístico multidisciplinar del paciente ofrece una mejora de la percepción global de calidad en el paciente y en los profesionales. En los proyectos futuros está poder realizar una derivación desde atención primaria y una vía de interconsulta virtual para un diagnóstico y/o detección de brote precoz y un tratamiento más adecuado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapéuticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.

Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES

Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularán los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y reevaluar a los seis meses.

DURACIÓN

La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15 minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro. En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SALAS MARIA PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado con periodicidad mensual, desde Enero hasta Diciembre. Las consultas realizadas han sido 10 (excepto septiembre y noviembre).

Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.30 a 15 horas.

Número de pacientes: 4-6 por consulta.

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Además se ha instalado el programa SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica, para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de consultas realizadas: 42.

Primeras visitas: 29. Revisiones conjuntas:13

Servicio de procedencia: Dermatología 21

Reumatología 14

Consulta PSORD 7

Motivo de derivación: Duda diagnóstica 25

Duda o control terapéuticos 17

Resultados: Nuevo diagnóstico de artritis psoriásica 15

Nuevo diagnóstico de psoriasis 5

Diagnóstico de artropatías no psoriásicas 6

Lesiones cutáneas no psoriásicas 3

Psoriasis paradójicas 2

Cambio de tratamiento local/sistémico 6

Tratamiento biológico: inicio / control/ cambio 11

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La visión global y multidisciplinar del paciente ofrece una mejora de la percepción global de calidad en el paciente y en los profesionales. Estamos intentado realizar una vía clínica de seguimiento y derivación en el que se podrían remitir desde atención primaria y urgencias para un diagnóstico más precoz y un tratamiento más adecuado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo Ambos sexos

Edad Todas las edades

Tipo Patología Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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 (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapéuticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.

Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES

Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularán los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y reevaluar a los seis meses.

DURACIÓN

La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15 minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro. En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 29/02/2020

2. RESPONSABLE TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ SALAS PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
BUIL MARTINEZ MARIA PILAR
BOIRA SUBIAS MARIA FELICIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta se viene realizando de manera mensual y en ocasiones bimensual, desde Enero hasta Diciembre. Los días de consultas realizados han sido 14.

Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.00 a 15 horas.

Número de pacientes: 5 por consulta.

Todos los pacientes que presenta Psoriasis y artritis psoriásica del servicio de Dermatología y Reumatología se les revisa en esa consulta para no duplicar citas.

En la primera consulta se realizan cuestionario de manera individualizada gracias a SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil ue contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica así como cuestionarios de calidad de vida y el índice PASI (índice de gravedad y de extensión de la psoriasis), para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

312 pacientes (72 nuevos, 240 revisiones)

Motivo de referencia: Duda diagnóstica(39%),Terapéutica (51%).

Resultados: - Nuevo diagnóstico Aps: 29 (26%)

- Nuevo diagnóstico Ps: 11 (28%)

- Inicio o cambio de tto biol/inmunosup

- Dx de efectos secundarios

- Otros diagnósticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El abordaje multidisciplinar ha permitido una detección precoz de la enfermedad reumática en la denominada ventana terapéutica, provocando un descenso de la morbilidad y un mayor éxito y satisfacción por parte de los pacientes y profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapéuticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.

Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES

Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularán los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y reevaluar a los seis meses.

DURACIÓN

La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15 minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro. En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN LA DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
COMPRA DEL MATERIAL NECESARIO, ARMARIOS HOMOLOGADOS Y SU COLACION

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
UNIFICACION EN EL ALMACENAMIENTO Y EN EL TIPO DE ALMACENAJE UNIFICACION EN EL MODO DE REGISTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
QUEDA PENDIENTE LA UNIFICACION DE LA MEDICACION QUE DEBE DE IR DENTRO DEL ARMARIO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/503 ===== ***

Nº de registro: 0503

Título
FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUYAL MELE ANA MARIA, MUR BARRABES DIANA, CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER, NADAL ABADIAS NATALIA, ALONSO AYERBE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del proyecto es todo paciente ingresado en el Hospital de Barbastro
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cambios legislativos regulados por el Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre y la Orden PRE/2436/2013, de 26 de diciembre han conllevado una modificación en el manejo de los fármacos psicotrópos que lo equipara al llevado a cabo en el resto de terapéutica medicamentosa. Es por ello, que dichas modificaciones se han extendido a las diferentes unidades hospitalarias de nuestro centro, por lo que brinda la oportunidad de unificar su almacenaje de manera independiente de la unidad que se trate, aunando esfuerzos por homogeneizar el estocaje medicamentoso de dichos fármacos, reportando facilitar la labor enfermera en su manejo y seguridad. La mentada oportunidad de mejora es susceptible de extensión a los fármacos estupefacientes, ampliando los beneficios de su aplicación también a éstos. Dada la naturaleza de ambos grupos farmacológicos y su control mediante la pertinente legislación, es importante incidir sobre el proceder en su dispensación, control y registro, actualizando los procedimientos en nuestro centro hospitalario y aumentando la cultura de seguridad en el manejo enfermero de los fármacos implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es la homogeneización en el almacenaje de los fármacos psicotrópos y estupefacientes en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro, así como la actualización de los procedimientos en la dispensación, control y registro de éstos, implicando de manera inherente un aumento de la simplicidad y seguridad en el manejo de éstos en las diferentes Unidades del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN LA DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

Hospital de Barbastro.

MÉTODO

El Proyecto parte de la base ya asentada por el equipo del Servicio de Farmacia, quienes informaron pertinentemente de la modificación legislativa y sus implicaciones a las diferentes Unidades en Junio de 2016. Partiendo de dicha base:

* Se unificará el modo de almacenaje de los fármacos psicotrópicos y los estupefacientes según criterios consensuados por el propio Servicio de Farmacia y por los supervisores de las Unidades de hospitalización de nuestro centro

* Se actualizarán los procedimientos referentes a la dispensación, control y registro de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes, incluyendo éstos en la Intranet de nuestro Sector, facilitando el conocimiento y el adecuado manejo de éstos por el personal sanitario

INDICADORES

Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos psicotrópicos

Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos estupefacientes

Porcentaje de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de fármacos estupefacientes y psicotrópicos actualizados y registrados en la Intranet del Sector Barbastro

DURACIÓN

OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2016. Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Farmacia para lluvia de ideas de almacenaje de psicótrpicos y estupefacientes. Chequeo de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de psicótrpicos y estupefacientes para consensuar actualización de éstos.

OCTUBRE 2016-ENERO 2017

* Elección de una Unidad para pilotar la aplicación del proyecto

* Dotación del material necesario para el almacenaje de los psicótrpicos y los estupefacientes

* Pilotaje del almacenaje y manejo de psicótrpicos y estupefacientes

MARZO DE 2017.

*Evaluación del funcionamiento del pilotaje y ajuste si procede

* Incluir la actualización de los procedimientos en la Intranet del Sector de Barbastro

MAYO 2017 Puesta en marcha del Proyecto en el resto de Unidades y monitorización de indicadores.

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 - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 09/03/2018

2. RESPONSABLE ELENA CASTELLAR OTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO SENZ PILAR
RUIZ MONTES FRANCISCO
BOLEA LADERAS LAURA
GIRAL FERNANDEZ NURIA
PESQUER VILAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Atención integral y multidisciplinar mediante Unidades Funcionales, para la asistencia sanitaria a pacientes crónicos complejos y/o frágiles, y a pacientes con pérdida funcional tras fase aguda de enfermedad asociada a complejidad.
 - Atención sanitaria integral de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos (oncológicos y no-oncológicos), facilitando altas precoces, posterior seguimiento conjunto con Atención Primaria, estableciendo los circuitos adecuados de comunicación, y facilitar así la no interrupción de la asistencia.
 - Establecimiento de algoritmos de flujos de pacientes y mapas por procesos, de forma conjunta con Atención Primaria.
 - Control de comorbilidades de la población más susceptible, y proyecto de evaluación de la disminución de la mortalidad en dicha población.
 - Apoyo a familiares y/o cuidadores habituales para disminuir la institucionalización del paciente, o facilitarla en el caso de que sea necesario, de forma conjunta con Asistencia Social del Hospital y de Atención Primaria.
 - Consultas derivadas de la UCA: consulta de Demencia, consulta de Unidad Crónico Complejo
- El calendario marcado se ha cumplido respecto a los objetivos propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Fuente y método de obtención de resultados: CMBD, Servicio de Sistemas Admisión, Unidad de Sistemas de Información del Hospital.

Para describir los resultados alcanzados, se requiere una aclaración inicial: la adjudicación de camas de forma específica a UCA dentro del servicio de medicina interna no se produjo hasta noviembre 2017, por problemas informáticos ajenos a la asistencia del hospital. Dicho lo cual, los resultados más destacados son:

- nº de estancias: 66
- % de ocupación: 82,4%
- nº de altas: 41
- circuito de derivación AP-AE: sí, claro, específico, y explicado en sesiones presenciales por los Centros de Atención Primaria del Sector
- informe de alta: sí, 100%
- informe de cuidados de enfermería: sí, 95%
- GRD más frecuente: insuficiencia cardiaca
- comorbilidades (Dx secundarios) más frecuentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteración de los lípidos

Los resultados se ajustan al estándar marcado de forma óptima.

El impacto del proyecto es a priori positivo, si bien está pendiente una evaluación más exhaustiva al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los datos obtenidos, el equipo de trabajo considera como puntos importantes:

- mejora del sistema informático, que permita una comunicación más ágil entre niveles asistenciales.
- recordatorio periódico del circuito de derivación de pacientes, especialmente en los Centros de AP donde hay cambio de profesionales.
- realizar encuestas de satisfacción a usuarios y/o pacientes.

Hemos detectado un dato importante, y es la mayoría de pacientes atendidos con Insuficiencia Cardiaca, lo que nos lleva a la posibilidad de crear una Unidad de Atención a Insuficiencia Cardiaca específica, con circuitos de atención conectados a la UCA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1764 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Nº de registro: 1764

Título
UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)

Autores:
CASTELLAR OTIN ELENA, LANA O SENZ PILAR, RUIZ MONTES FRANCISCO, BOLEA LADERAS LAURA, PESQUER VILAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Envejecimiento progresivo de la población + aumento de la supervivencia = mayor tasa de pacientes pluripatológicos, crónicos y dependientes
- Estos pacientes necesitan una ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA
- Gasto sanitario creciente, se precisa una adecuación de los ingresos hospitalarios (9% de los ingresos y 20% de las estancias medias serían inadecuadas)
- Población atendida en el Sector Sanitario de Barbastro:
 - Alto índice de envejecimiento (>26% son mayores de 75 años)
 - Alta prevalencia de comorbilidad y multimorbilidad
 - Dispersión geográfica
 - Número de ingresos de pacientes pluripatológicos creciente (casi el 20%), con Dx prevalente de IC y EPOC
 - Cifras de rango similar en pacientes con enfermedad cerebrovascular
 - Necesidad de cuidados paliativos creciente

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de vida de pacientes, familiares y cuidadores habituales.
- Mejorar los indicadores económicos de la comunidad y del Hospital.
- Disminuir el número de estancias en hospitalización de agudos.
- Disminuir la estancia media en hospitalización de agudos.
- Contribuir a la mejora de indicadores de los servicios que integran la Unidad.
- Dotar al sector de Barbastro de un recurso no existente hasta ahora.
- Mejorar e incrementar la colaboración entre Servicios.
- Filtrar y mejorar la selección de pacientes ingresados en Unidades Específicas (Paliativos y Descarga Quirúrgica, especialmente).
- Gestión precoz de las altas.

MÉTODO

- Atención integral y multidisciplinar mediante Unidades Funcionales, para la asistencia sanitaria a pacientes crónicos complejos y/o frágiles, y a pacientes con pérdida funcional tras fase aguda de enfermedad asociada a complejidad.
- Atención sanitaria integral de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos (oncológicos y no-oncológicos), facilitando altas precoces, posterior seguimiento conjunto con Atención Primaria, estableciendo los circuitos adecuados de comunicación, y facilitar así la no interrupción de la asistencia.
- Reducción secundaria de lista de espera quirúrgica mediante la descarga de pacientes hospitalizados que presentan complicación médica en el post-operatorio, en especial de los Servicios de Cirugía General, Traumatología y Urología.
- Establecimiento de algoritmos de flujos de pacientes y mapas por procesos, de forma conjunta con Atención Primaria.
- Creación de una guía clínica consensuada como plan de mejora para el Sector.
- Control de comorbilidades de la población más susceptible, y proyecto de evaluación de la disminución de la mortalidad en dicha población.
- Apoyo a familiares y/o cuidadores habituales para disminuir la institucionalización del paciente, o facilitarla en el caso de que sea necesario, de forma conjunta con Asistencia Social del Hospital y de Atención Primaria.
- Consultas derivadas de la UCA: consultas de Demencia y Disfagia (Geriatría), consulta EVSS de Enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

INDICADORES

Medición de indicadores de calidad asistencial y de eficiencia en la gestión de la Unidad, obtenidas con bases de datos del Hospital

- número decreciente de reingresos
- altas precoces
- tiempo menor de espera en sala de urgencias
- adecuación de ingresos en el tipo de paciente atendido
- menor estancia media
- mayor satisfacción de pacientes y/o familiares
- atención sanitaria más segura

DURACIÓN

Implantación en segundo trimestre 2017

Continuación en 2018

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

Criterios de ingreso en la UCA

- En Unidad de Continuidad Asistencial:

- se seguirán los criterios de selección de pacientes contemplados en el Plan de Atención a Paciente Crónico Complejo.

- En Unidad de Cuidados Paliativos:

- pacientes en fase final de enfermedad (oncológica y no oncológica) en los que el control de síntomas en domicilio no es posible. Se incluyen pacientes "premortem" sin posibilidad de tratamiento, si la familia no acepta el traslado a su domicilio y el éxito es previsible a corto plazo.
- necesidad de sedación en medio hospitalario.
- procedimientos invasivos, como paracentesis o toracocentesis evacuadas, u otras técnicas con riesgo en domicilio.

- En Unidad de Descarga Quirúrgica:

- Se incluyen pacientes valorados por EVSS (enfermería de valoración sociosanitaria) tras intervención quirúrgica, con estabilidad del proceso quirúrgico y con necesidad de seguimiento por patología médica.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1000

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ PIÑERO ROSA
NASARRE GER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión informativa de Enfermería sobre dispositivos de ostomía
Revisión de pacientes en consulta de Enfermería y de Cirugía, fuera del horario de dichas consultas y de la que no hay registros.
Contactos periódicos con representantes de las distintas casas comerciales de productos de ostomía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creamos una dinámica de seguimiento de los pacientes ostomizados con consulta presencial y telefónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se precisa un horario fijo para poder atender a las demandas de los pacientes y también para poder apoyar en la formación de dichos pacientes durante el ingreso.
También se precisa una ubicación fija.

7. OBSERVACIONES.
Durante este año, vamos a participar en otro proyecto de mejora y vamos a dar un fuerte impulso a este proyecto del 2016.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1000 ===== ***

Nº de registro: 1000

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE, NASARRE GER ANA MARIA, RUIZ PIÑERO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: esun compendio de varios de los enfoques anteriores:educación para la Salud, continuidad de cuidados, confidencialidad,mejora de la autonomía

PROBLEMA
En estos momentos en el sector de Barbastro no existe ninguna consulta establecida en la que pueda realizar un seguimiento a pacientes con una ostomía y sabemos que la atención del paciente ostomizado, tanto en su proceso de hospitalización como en su seguimiento posterior, requiere un tratamiento integral y personalizado que fomente su independencia en el manejo de la ostomía y mejore su calidad de vida.
Los pacientes son atendidos durante su ingreso por el personal de hospitalización. Debido a la carga de trabajo y a la ausencia de intimidad, la educación sanitaria de los pacientes se ven limitadas y al ir a casa surgen dudas que no se saben resolver con muchas visitas a su CS con lo que aumentan las urgencias en el hospital.
Hay una persona formada en estomaterapia en el Hospital pero está trabajando a tiempo completo en otra actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir la estancia hospitalaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1000

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

- Reducir el nº de visitas al Servicio de Urgencias y consultas de AT. Primaria
- Enseñar adecuadamente el material de ostomías y su correcto uso reduciendo así el gasto sanitario.
- Reducir la morbilidad detectando precozmente las complicaciones y evitarlas.

MÉTODO

Implementar una consulta de Estomaterapia dentro del bloque de Consulta Externas del Hospital Barbastro con una enfermera con conocimientos en Estomaterapia a tiempo completo.
Debido al número de pacientes, esta actividad se iniciará con 1 día a la semana de consulta y se podrá ir incrementando según las necesidades.
Se habilitará una consulta con el material necesario para exploración(mesa escritorio, sillas, camilla, espejo), para gestión de la consulta (ordenador, teléfono con línea al exterior, agenda propia con códigos de captura...) con espacio para almacenaje, buena ventilación y si es posible con aseo dentro.
Se comunicará a Centros de Salud, Servicios de Cirugía y Urología, Urgencias, Admisión la apertura de la consulta.
Responsables Supervisora de CCEE y la enfermera de la consulta

INDICADORES

nº de pacientes con ca colorrectal ostomizados atendidos en cta estomaterapia

nº de pacientes diagnosticados de ca colorrectal ostomizados

nº de complicaciones en pacientes atendidos

nº pacientes atendidos en total

nº pacientes primera visita cta Estomaterapia

nºpacientes nuevos diagnosticados

nº pacientes que reciben educación sanitaria en cta estomaterapia

nº pacientes nuevos diagnosticados

nº consultas telefónicas resueltas en cta Estomaterapia

nº total de consultas telefónicas

Mediante el registro informático de las atenciones, concretando con el Servicio de Admisión un código de captura de actividades propio como el resto de consultas.

DURACIÓN

- Enero 2017 :Exposición del proyecto a Dirección de Enfermería y Dirección Médica.
- Enero- Febrero 2017: habilitación de un espacio de consulta para consulta de Estomaterapia.
- Marzo 2017 :comunicación de la apertura de la consulta a centros de salud y resto de hospital.
- Marzo 2017: realización de folletos informativos.
- Abril- Mayo 2017: apertura de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUR BARRABES DIANA
CABRERO LASIERRA JAVIER
ALONSO AYERBE LAURA
PESQUER VILAS ISABEL
GACON JUAN
PEYRET FERRER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-UNIFICACION DE CRITERIOS EN CUANTO AL ALMACENAMIENTO
-COMPRA DEL ARMARIO ADECUADO A NORMATIVA
-ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS REFERENTES A PLANIFICACION CONTROL Y REGISTRO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-UNIFICACION DE CRITERIOS EN CUANTO AL ALMACENAMIENTO
-COMPRA DEL ARMARIO ADECUADO A NORMATIVA
-ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS REFERENTES A PLANIFICACION CONTROL Y REGISTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-PENDIENTE LA COLOCACION DE LOS ARMARIOS EN TODOS LOS SERVICIOS DONDE VAN DESTINADOS
-PENDIENTE LA UNIFICACION DE TODOS LOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES QUE DEBEN DE CONTENER

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/503 ===== ***

Nº de registro: 0503

Título
FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUYAL MELE ANA MARIA, MUR BARRABES DIANA, CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER, NADAL ABADIAS NATALIA, ALONSO AYERBE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del proyecto es todo paciente ingresado en el Hospital de Barbastro
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cambios legislativos regulados por el Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre y la Orden PRE/2436/2013, de 26 de diciembre han conllevado una modificación en el manejo de los fármacos psicotrópos que lo equipara al llevado a cabo en el resto de terapéutica medicamentosa. Es por ello, que dichas modificaciones se han extendido a las diferentes unidades hospitalarias de nuestro centro, por lo que brinda la oportunidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

unificar su almacenaje de manera independiente de la unidad que se trate, aunando esfuerzos por homogeneizar el estocaje medicamentoso de dichos fármacos, reportando facilitar la labor enfermera en su manejo y seguridad. La mentada oportunidad de mejora es susceptible de extensión a los fármacos estupefacientes, ampliando los beneficios de su aplicación también a éstos. Dada la naturaleza de ambos grupos farmacológicos y su control mediante la pertinente legislación, es importante incidir sobre el proceder en su dispensación, control y registro, actualizando los procedimientos en nuestro centro hospitalario y aumentando la cultura de seguridad en el manejo enfermero de los fármacos implicados.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es la homogeneización en el almacenaje de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro, así como la actualización de los procedimientos en la dispensación, control y registro de éstos, implicando de manera inherente un aumento de la simplicidad y seguridad en el manejo de éstos en las diferentes Unidades del Hospital de Barbastro.

MÉTODO

El Proyecto parte de la base ya asentada por el equipo del Servicio de Farmacia, quienes informaron pertinentemente de la modificación legislativa y sus implicaciones a las diferentes Unidades en Junio de 2016. Partiendo de dicha base:

- * Se unificará el modo de almacenaje de los fármacos psicotrópicos y los estupefacientes según criterios consensuados por el propio Servicio de Farmacia y por los supervisores de las Unidades de hospitalización de nuestro centro
- * Se actualizarán los procedimientos referentes a la dispensación, control y registro de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes, incluyendo éstos en la Intranet de nuestro Sector, facilitando el conocimiento y el adecuado manejo de éstos por el personal sanitario

INDICADORES

Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos psicotrópicos
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos estupefacientes
Porcentaje de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de fármacos estupefacientes y psicotrópicos actualizados y registrados en la Intranet del Sector Barbastro

DURACIÓN

OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2016. Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Farmacia para lluvia de ideas de almacenaje de psicótrópicos y estupefacientes. Chequeo de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de psicótrópicos y estupefacientes para consensuar actualización de éstos.

OCTUBRE 2016-ENERO 2017

- * Elección de una Unidad para pilotar la aplicación del proyecto
- * Dotación del material necesario para el almacenaje de los psicótrópicos y los estupefacientes
- * Pilotaje del almacenaje y manejo de psicótrópicos y estupefacientes

MARZO DE 2017.

- * Evaluación del funcionamiento del pilotaje y ajuste si procede
- * Incluir la actualización de los procedimientos en la Intranet del Sector de Barbastro

MAYO 2017 Puesta en marcha del Proyecto en el resto de Unidades y monitorización de indicadores.

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 - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PAULA GOMEZ RIVAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
LALANA GARCES MARTA
FLORIAN GERICO JESUS
HARB SAID YAMAL
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una revisión bibliográfica de las guías publicadas en relación a la profilaxis de la reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes con terapias inmunosupresoras.
- Los documentos revisados fueron los siguientes:
 - o Castellano G, Manzano M.L. Tratamiento y profilaxis de la hepatitis B en pacientes inmunosuprimidos. Gastroenterol Hepatol. 2012; 35 (Espec Congr1):1-19
 - o Buti M, García-Samaniego J, Prieto M, Rodríguez M, Sánchez-Tapias J.M, Suárez E, Esteban R. Documento de consenso de la AEEH sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2012). Gastroenterol Hepatol. 2012;35(7):512-528
 - o Papatheodoridis G, Buti M, Cornberg M, Janssen H, Mutimer D, Pol S, Raimondo G. Guía de práctica clínica de la EASL: Tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B. Journal of Hepatology 2012;57:167-185
 - o Lampertico P, Agarwal K, Berg T, Buti M, Janssen H, Papatheodoridis G, Zoulim F, Tacke F. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection.
 - o Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor. Agencia Española del Medicamento. [ultimo acceso 2 septiembre 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2014/NI-MUH_FV_11-2014-inmunosupresores.htm
 - o Riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes tratados con imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib y ponatinib (medicamentos inhibidores de la tirosin quinasa bcr-abl). Agencia Española del Medicamento. [ultimo acceso 15 de septiembre 2016]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2016/NI-MUH_FV_08-hepatitis-B.htm
 - o Loomba R, Liang TJ. Hepatitis B reactivation associated with immune suppressive and biological modifier therapies: current concepts, management strategies and future directions. Gastroenterology. 2017
- Se identificaron los pacientes que habían iniciado tratamiento inmunosupresor en el periodo de septiembre de 2015 a septiembre de 2017, a través del sistema informático de gestión de Farmacia Hospitalaria (Dominion Farmatools®).
- Se identificaron todos los pacientes a los que se solicitó una serología de hepatitis B entre enero de 2015 y septiembre de 2017, a través del sistema informático de gestión del laboratorio (Modulab®)
- Se cruzaron los datos obtenidos para identificar aquellos pacientes que a los que no les realizó cribado de riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B.
- Tras la obtención de los resultados se mantuvieron reuniones con los servicios implicados y se consensó un protocolo de actuación previo al inicio de la terapia inmunosupresora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha consensado un protocolo de cribado, seguimiento y profilaxis de los pacientes en riesgo de reactivación de hepatitis B por terapia inmunosupresora. Los servicios prescriptores de terapias inmunosupresoras valoran la aplicación del cribado en sus pacientes en función de la enfermedad de base y tipo de terapia inmunosupresora. Una vez realizada la serología en los pacientes seleccionados, el Servicio de Análisis Clínicos alerta de los posibles casos de riesgo y el médico prescriptor lo deriva al Servicio de Digestivo mediante un formulario de valoración. Así mismo en el Servicio de Farmacia se comprueba el estado serológico del paciente previo al inicio de la terapia inmunosupresora para corroborar la aplicación de las recomendaciones consensuadas en los pacientes seleccionados.

Cálculo de indicadores propuestos:

- Consenso de protocolo de cribado: SI
- Implantación de protocolo de cribado: SI
- N° de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor en los que se realiza cribado/total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor= 108/280
- N° de pacientes en los que se siguen las recomendaciones de actuación/ total de pacientes cribados = 100/108
- N° de pacientes con reactivación del VHB/ total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor = 0

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo multidisciplinar en este equipo de mejora ha posibilitado la implantación de un protocolo de cribado para minimizar el riesgo de reactivación de hepatitis B en atención especializada en nuestro sector. La coordinación entre los distintos servicios implicados es clave para alcanzar los mejores resultados posibles en nuestros pacientes. Dada la cantidad de servicios y profesionales implicados, que prescriben terapias inmunosupresoras, son necesarios algunos meses más de aplicación del protocolo para alcanzar el cribado en el 100% de los pacientes en riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/853 ===== ***

Nº de registro: 0853

Título
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Autores:
GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, CALDERERO ARAGON VERONICA, FLORIAN GERICO JESUS, HARB SAID YAMAL, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Desde hace décadas es conocido el riesgo de reactivación de la hepatitis B en pacientes que inician un tratamiento inmunosupresor. Las consecuencias de esta complicación pueden ser muy graves. En los últimos 15 años, con la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores y biológicos ha habido un aumento en el número de casos comunicados en la literatura científica. En el año 2014 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa acerca de la "Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor" alertando sobre el riesgo que supone la reactivación de este virus cuando se realiza un tratamiento con medicamentos inmunosupresores (quimioterapia tradicional, anticuerpos monoclonales, anti-TNF y corticoides). Este año 2016 se ha emitido una nueva nota sobre los inhibidores de la tirosin-kinasa. Actualmente en el Hospital de Barbastro no hay ningún protocolo consensuado e implantado sobre el manejo del riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar un tratamiento inmunosupresor.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estimar cuántos pacientes han estado en riesgo de reactivación de la hepatitis B por un tratamiento inmunosupresor en el último año.
- Consensuar un protocolo de cribado de pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar terapia inmunosupresora
- Establecer las recomendaciones de actuación en las distintas situaciones serológicas de los pacientes en riesgo
- Implementar un protocolo de cribado y de recomendaciones de actuación

MÉTODO

Se realizará una revisión bibliográfica de las evidencias disponibles en cuanto al cribado y las recomendaciones de manejo de los pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B por terapias inmunosupresoras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Se realizará un estudio de los pacientes que han iniciado terapia inmunosupresora en el último año así como su estado serológico frente a hepatitis B.

Se realizará una reunión con los servicios que más comúnmente prescriben terapias inmunosupresoras (oncología, hematología, reumatología, digestivo, dermatología) así como con laboratorio y medicina preventiva.

Se consensuará e implementará el protocolo de cribado y actuación.

INDICADORES

- Consenso de protocolo de cribado y actuación: SI/NO

- Implantación de protocolo de cribado y actuación: SI/NO

Una vez implantado el protocolo de cribado y actuación se calcularán los siguientes indicadores:

- N° de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor en los que se realiza cribado/ total pacientes que inician tratamiento inmunosupresor

- N° de pacientes en los que se siguen las recomendaciones de actuación/ total de pacientes cribados

- N° de pacientes reactivación del virus de la hepatitis B/ total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor

DURACIÓN

- Primer trimestre: Revisión bibliográfica y envío a todos los profesionales implicados. Estudio inicio de tratamientos y serologías.

- Segundo semestre: reunión y consenso del protocolo

- Tercer trimestre: implantación del protocolo

- Cuarto trimestre: seguimiento de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO GASTON AÑAÑOS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLIVERA BARDAJI ROSARIO
LISA MORCILLO CARMEN
NAVARRO BOMETON PILAR
ABADIA VILLACAMPA AVELINA
GUTIERREZ MAICAS ANA MARIA
FARO ESCUDER DORIS
ORTEGA DOMPER OLIVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre: Selección y distribución de capítulos.

Se han seleccionado las actividades y funciones más importantes del personal auxiliar y técnico:

- Gestión de almacén, pedidos, entradas, devoluciones, control de lotes y caducidades.
- Dispensación por unidosis, por stock en planta, estupefacientes, PRNs, armarios dispensadores, dispensación a otros centros del SALUD.
- Dispensación a pacientes externos.
- Elaboración y dispensación de fórmulas y preparados no estériles. Area de laboratorio.
- Elaboración y dispensación de citostáticos y otras fórmulas estériles. Area de campanas.
- Información de medicamentos, consultas, catálogos, boletines, guías, notas informativas.

En el segundo y tercer trimestre: Elaboración de los capítulos para las distintas actividades, incluyendo los conceptos clave para el desarrollo de las mismas.

Se han elaborado los siguientes capítulos:

INTRODUCCIÓN
ASPECTOS LEGALES
DOCUMENTOS BÁSICOS DEL SFH: PNTs
GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (GFT)

1. EL ALMACÉN DE FARMACIA

ENTRADAS DE MEDICAMENTOS A FARMACIA:

- Recepción de pedidos de proveedores
- Recepción de colirios de sueros autólogos del Banco de Sangre
- Recepción de pedidos del almacén Novaltia y oficinas de farmacia
- Recepción de préstamos y devoluciones de otros hospitales

SALIDAS DE MEDICAMENTOS DE FARMACIA:

- Devoluciones a proveedor
- Préstamos y devoluciones a otros hospitales

CONTROLES DE LOTES, CADUCIDADES E INVENTARIOS:

- Reetiquetado de medicamentos en dosis unitarias
- Reenvasado de medicamentos en dosis unitaria
- Control de caducidades
- Recuentos de inventario

2. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A HOSPITALIZACIÓN

- Dispensación en unidosis: carros
- Dispensación en unidosis: fuera de turno
- Dispensación de pedidos a plantas y consultas del Hospital de Barbastro
- Dispensación de sueros
- Dispensación de pedidos a otros centros del SALUD
- Reposición de Pyxis
- Reposición de Unidosis y Kardex
- Dispensación en unidosis: PRNs
- Dispensación de estupefacientes

3. DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS

4. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS Y PREPARADOS NO ESTÉRILES. AREA DE FARMACOTECNIA

5. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS FÓRMULAS ESTÉRILES. AREA DE CAMPANAS

- Dispensación de nutriciones parenterales mezcladas para UCI (campana)
- Dispensación de citostáticos y otros medicamentos biopeligrosos (campana)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

6. INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, CONSULTAS, CATÁLOGOS, BOLETINES, GUÍAS, NOTAS INFORMATIVAS

- Vademecum, Medimecum, Catálogo de Especialidades
- Guía de Administración Parenteral de Medicamentos
- Protocolos de Intercambio Terapéutico
- Libro de comunicación para cambios de turno
- Libro de comunicación de stocks bajo mínimo
- BOT PLUS

ANEXOS

- Listado de medicamentos por principio activo
- Listado de medicamentos por nombre comercial
- Listado de recolección de medicamentos de PYXIS por principio activo
- Listado de recolección de medicamentos de PYXIS por nombre comercial
- Listado de equivalencias de medicamentos
- Dosis, unidades de medida, volúmenes, concentración
- Especialidades farmacéuticas inyectables no diarias
- Guía ilustrada para la identificación de sueros
- Guía de Antídotos para el manejo de intoxicaciones
- Guía de insulinas comercializadas

En el cuarto trimestre: Edición y maquetación del manual para impresión.

Se ha realizado el diseño y maquetación del manual siguiendo en parte el formato de los procedimientos normalizados de trabajo, pero primando los aspectos prácticos y referenciando los aspectos más técnicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro cuenta con personal auxiliar y técnico de farmacia de apoyo al personal farmacéutico especialista en las labores propias de la Farmacia Hospitalaria, que requieren para su buen desarrollo el dominio de un conjunto de conocimientos y habilidades prácticas.

El objetivo del manual es recopilar y organizar un material de soporte a las decisiones del personal en las distintas tareas que se desarrollan.

Se ha elaborado el manual para auxiliares y técnicos en farmacia hospitalaria.

Se ha realizado la impresión del manual.

El manual está disponible en el área de dispensación del Servicio de Farmacia, que es la zona más céntrica y mejor comunicada y más accesible para el personal auxiliar y técnico en farmacia hospitalaria.

Además de haberse difundido entre el personal técnico y auxiliar del servicio de farmacia, el manual formará parte del material de inicio para el nuevo personal que se incorpore.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

- N° de capítulos elaborados 43
- Edición del manual impreso: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El simple hecho de la puesta en marcha del proyecto ha significado un estímulo para todos los componentes del grupo de mejora.

En primer lugar, el grupo ha identificado las múltiples líneas de trabajo que en el transcurso de los últimos años la Farmacia Hospitalaria ha incorporado a su actividad profesional, y que han formado parte de la reflexión del personal más veterano en el servicio, que ha ido viendo cómo se iban incorporando paulatinamente al día a día.

El trabajo en el proyecto también ha evidenciado la especialización que ha ido surgiendo, y que claramente ha desmarcado la actividad que desarrolla el personal auxiliar en el Servicio de Farmacia de la de otros servicios del hospital, y que implica una capacitación que la nueva titulación de técnico en farmacia viene a corroborar.

Con el desarrollo de este manual, el personal auxiliar y técnico se ha hecho más consciente de la necesidad de una adecuada capacitación y asunción de responsabilidades por su parte ante el papel referente del Servicio de Farmacia en áreas terapéuticas complejas como son el cáncer, patologías infecciosas como el VIH o la hepatitis C, las enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, enfermedades raras y otras de elevado impacto sanitario y/o económico.

También, en todo lo relacionado con el uso seguro de los medicamentos, el personal auxiliar y técnico de farmacia debe desarrollar en todo momento actividades de apoyo al farmacéutico hospitalario para garantizar los resultados adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

La elaboración y edición del manual de consulta para el personal técnico y auxiliar de farmacia puede aumentar la calidad y seguridad en el desarrollo de sus funciones.

El manual queda abierto para su actualización continua, siguiendo la evolución del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro y de la Farmacia Hospitalaria en general.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/923 ===== ***

Nº de registro: 0923

Título
ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Autores:
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, OLIVERA BARDAJI ROSARIO, LISA MORCILLO CARMEN, NAVARRO BOMETON PILAR, ABARDIA VILLACAMPA AVELINA, GUTIERREZ MAICAS ANA, FARO ESCUDER DORIS, ORTEGA DOMPER OLIVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología hospitalaria
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 transcurso de los últimos años la farmacia hospitalaria ha experimentado una gran evolución. Los Servicios de Farmacia Hospitalaria actualmente desempeñan funciones de alta especialización y capacitación, siendo el farmacéutico de hospital referente en todo lo relacionado con los medicamentos, la seguridad y la investigación, y una figura clave en muchas áreas terapéuticas complejas como son el cáncer, la patología infecciosa, las enfermedades neurodegenerativas, artropatías, enfermedades raras y otras de elevado impacto sanitario y/o económico. En esta situación es clave que el personal auxiliar y técnico de farmacia desarrolle en todo momento actividades de apoyo al farmacéutico hospitalario para garantizar un adecuado funcionamiento del servicio. Debido a la creciente complejidad de los tratamientos almacenados, dispensados y elaborados en los Servicios de Farmacia, es imprescindible una adecuada capacitación y asunción de responsabilidades por parte del personal auxiliar y técnico. La elaboración y edición de un manual de consulta para el personal técnico y auxiliar de farmacia hospitalaria puede aumentar la calidad y seguridad en el desarrollo de sus funciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un manual para auxiliares y técnicos en farmacia hospitalaria
Edición impresa del citado manual
Difundir el manual entre el personal del servicio de farmacia hospitalaria

MÉTODO
Se seleccionarán las actividades y funciones más importantes del personal auxiliar y técnico, así como conceptos clave para el desarrollo de las mismas.
Se elaborará un capítulo para cada actividad y/o función por el farmacéutico del servicio de farmacia hospitalaria.
Se realizará el diseño y maquetación del manual.
Se difundirá entre el personal técnico y auxiliar del servicio de farmacia, y formará parte del material de inicio para el nuevo personal que se incorpore.

INDICADORES
Nº de capítulos elaborados
Edición del manual impreso: SI/NO

DURACIÓN
Primer trimestre: Selección y distribución de capítulos
Segundo semestre: Elaboración de los capítulos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Tercer trimestre: Elaboración de los capítulos
Cuarto trimestre: Edición y maquetación del manual para impresión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO
SICART LONCAN SILVIA
BUERA AGRAZ JAIME
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
GOMEZ RIVAS PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En este momento se ha realizado una reunión presencial con todo el equipo para explicar el proyecto y varias reuniones entre miembros del equipo. Se han elaborado los manuales de prescripción para el personal médico y manual de administración para personal de enfermería. En colaboración con enfermería se han configurado e introducido en el programa una lista de cuidados de enfermería predefinida con un total de 53 cuidados. Así mismo se han actualizado los manuales para el personal de farmacia encargado de la carga de carros de unidosis. También se ha realizado la parametrización del carro de medicina interna y de las camas correspondientes. Finalmente se han revisado también 836 fichas de medicamentos lo que supone un 56% de los medicamentos disponibles para la prescripción. Durante la revisión se han comprobado y definido las dosis y vías habituales y la parametrización de sus características.

Debido a la adquisición del aplicativo web para la prescripción electrónica (Prescriptools®) por parte de Servicios Centrales y a su inminente implantación, se ha decidido retrasar la implementación hasta disponer de este nuevo software. De esta manera pretendemos implantar el software y circuito definitivo en nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado todo el trabajo necesario previo a la implantación y se han creado las instrucciones y protocolos para la elaboración de los carros en el Servicio de Farmacia. El impacto del proyecto en el momento actual ha recaído fundamentalmente en el Servicio de Farmacia mediante la estandarización de procesos clave. En cuanto a los indicadores:

- número de reuniones presenciales: 4
- número de instrucciones de trabajo creadas: 5
- número de usuarios introducidos en el sistema: 37

El resto de indicadores se calcularán en el momento de la implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La llegada de la nueva plataforma de prescripción ha retrasado la conclusión del proyecto, no obstante, se ha producido una concienciación y predisposición del personal médico y de enfermería respecto a éste. En las distintas reuniones se ha perfilado cuál será el circuito de trabajo una vez se implante la prescripción electrónica y las necesidades/expectativas de cada uno de los grupos de trabajo. En el momento en el que el nuevo software esté disponible se realizará la implantación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/934 ===== ***

Nº de registro: 0934

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BUSTOS MORELL CRISTINA, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, PUYUELO BLECUA CARMEN, RUIZ MONTES FRANCISCO, BUERA ARGAZ JAIME, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, MOLINER MARCEN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro Tipo Patología: pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Tras la publicación del informe "To err is human" en 1999, muchos países e instituciones han trabajado para reducir y eliminar los errores de medicación (EM). Diferentes estudios muestran que hasta un 56% de los EM se producen en el momento de la prescripción, el 34 % en la administración, un 6 % en la transcripción y un 4% en la dispensación. Los errores de prescripción son mayoritarios y pueden deberse a diferentes factores como: problemas de prescripción (ambigüedad, pautas incompletas, escritura ilegible, abreviaturas...), errores en el registro de una orden verbal o telefónica, fallos en la identificación de pacientes etc. Además también son importantes los errores derivados del proceso de transcripción, tanto por parte del servicio de farmacia (SF) como por enfermería, lo que genera dos registros diferentes a partir de una orden médica inicial. La introducción de la prescripción electrónica asistida (PEA) permite una reducción significativa de los EM, en torno al 65%. Esta reducción se deriva de la estandarización en las órdenes médicas, con campos completos y letra legible. También de la existencia de un registro único y actualizado para todo el personal implicado en el proceso. Sin embargo gran parte de la reducción de los EM se debe a que la PEA es un apoyo para el médico prescriptor, debido a que en fases iniciales permite avisos por alergias, duplicidades y ofrece información sobre las dosis por defecto, y en fases avanzadas pueden ofrecer herramientas más complejas al prescriptor (ajustes por IR, interacciones, protocolos farmacoterapéuticos, selección de fármacos de uso restringido etc). En España, el Ministerio de Sanidad recoge dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 la PEA como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. El informe sobre la situación de los SF en España publicado por la SEFH con datos de 2015 refleja que 3 de cada 4 hospitales disponen de PEA para pacientes ingresados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los EM en el proceso farmacoterapéutico en el paciente ingresado.
- Facilitar la labor del personal implicado
- Aumentar la calidad y seguridad en la asistencia
- Mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios y aumentar la información sobre datos relevantes (alergias, duplicidades, etc...)

MÉTODO

Se realizarán sesiones formativas con el personal implicado para el manejo del software de PEA (Farmatools®). Se redactarán instrucciones de trabajo como apoyo a los usuarios. Durante la puesta en marcha un farmacéutico estará disponible en la unidad de medicina interna (MI) para resolver las posibles dudas y consultas. Antes y después del proceso se realizará una encuesta tanto al personal de enfermería como a los facultativos implicados para conocer sus expectativas y su satisfacción con el proceso. La experiencia obtenida con la unidad de MI se trasladará en fases sucesivas al resto de unidades de hospitalización del centro de manera que a finales de 2017 todas las unidades de hospitalización excepto UCI y urgencias dispongan de PEA.

INDICADORES

- o N° de reuniones presenciales
- o N° de sesiones formativas realizadas
- o N° de usuarios médicos formados
- o N° de enfermeras formadas
- o N° de usuarios creados en el programa
- o N° de consultas telefónicas al SF tras la formación
- o N° de médicos formados ajenos a la unidad de MI
- o Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF
- o N° de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación
- o N° de instrucciones de trabajo creadas
- o Grado de satisfacción del personal médico
- o Grado de satisfacción del personal de enfermería

DURACIÓN

- Las fechas son orientativas
- Reunión grupo de mejora: presentación del proyecto, calendario y fases 03/11/2016
 - Reunión con médicos y enfermeros de MI: conocer circuitos de prescripción y organización del trabajo.
- Entrega de encuesta. 10/11/2016 y 17/11/2016
- Parametrización de carro y camas. Reunión con personal de SF y propuesta de nuevos circuitos
- 10/01/2017-19/01/2017
- Creación de instrucciones de trabajo (IT) 26/01/2017-16/02/2017
 - Reunión equipo de mejora para revisión de IT, resultados de encuesta y calendario definitivo de sesiones formativas en MI 23/02/2017
 - Puesta a punto de equipos informáticos, creación de usuarios en el programa e instalación del software 20/02/2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Sesión formativa médicos 28/02/2017
- Sesión formativa enfermeras 28/02/2017
- Sesión formativa personal de SF 27/02/2017
- Inicio de la PEA en MI 01/03/2017
- Entrega de encuesta de satisfacción 27/03/2017
- Recogida de encuesta de satisfacción 27/04/2017
- Análisis de resultados de la encuesta 03/05/2017
- Reunión con el grupo de mejora para valorar la implantación y los resultados de la encuesta 11/05/2017
- Análisis de indicadores y memoria final del proyecto de mejora 15/05/2017
- Presentación de los resultados del proyecto al grupo de mejora 15/06/2017

OBSERVACIONES

Será necesario disponer de recursos informáticos (impresoras y ordenadores) para desarrollar 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 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 - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
SICART LONCAN SILVIA
RUIZ MONTES FRANCISCO
BUERA AGRAZ JAIME
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Julio de 2018 se nos presentó el nuevo software PresSalud® desde Servicios Centrales del SALUD. Desde ese momento comenzó a validarse la versión desde el Servicio de Farmacia, habiéndose reportado un total de 83 incidencias, de las cuales se han resuelto 25 y quedan pendientes 58, que esperamos, se solucionen en versiones posteriores. Estas incidencias se han comunicado por correo electrónico o mediante reuniones telefónicas con Servicios Centrales.

El lunes 19 de Noviembre de 2018 se comenzó con la implantación en la planta de Medicina Interna (control enfermería 5 Izquierda). El jueves y viernes de la semana previa al comienzo, se realizaron 6 sesiones de formación para médicos, y 4 sesiones de formación para enfermería. También se han realizado 2 sesiones formativas con el personal técnico de farmacia, y una reunión previa con las supervisoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

- Numero de reuniones presenciales:
 - o Reuniones telefónicas Farmacia con SSCC: 16
 - o Reuniones presenciales con enfermería (supervisora): 10
 - o Reuniones presenciales con medicina (jefe servicio): 3
- Numero de instrucciones de trabajo creadas:
 - o Manual de administración de enfermería (vers 1.3) + instrucciones impresión hojas de administración
 - o Manual de prescripción para médicos (vers 1.3)
 - o Presentación para el personal de farmacia
 - o Instrucciones para alta de usuarios en el programa (vers 1.1)
 - o Instrucciones para las "bolsas" de turno de tarde (vers 1.1)
 - o Documentos de apoyo para el S Farmacia (3 documentos)
- N° de sesiones formativas realizadas
 - o Medicina 6
 - o Enfermería 4
 - o Farmacia (técnicos) 2
- N° de usuarios médicos formados: 23
- N° de enfermeras formadas: 31
- N° de usuarios creados en el programa: 91 médicos 40 enfermeras
- N° de consultas telefónicas al SF tras la formación: 87
- N° de médicos formados ajenos a la unidad de MI: 14
- Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF: 20 min (tiempo de resolución máximo)
- N° de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación: 176 horas (aproximadamente)

El grado de satisfacción de los usuarios con el programa será evaluado mediante la encuesta posterior a la implantación, y sus resultados serán comunicados en las próximas jornadas de calidad, ya que a fecha de cierre de esta memoria no se han recibido las encuestas post-implantación.

- Grado de satisfacción del personal médico
- Grado de satisfacción del personal de enfermería

En resumen, se ha conseguido implantar la prescripción y administración electrónica de medicamentos en el 100% de las camas de la unidad de Medicina Interna (control de enfermería 5° Izquierda) de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el momento de la implantación, este control de enfermería prescribe con la aplicación electrónica y administra con firma electrónica los medicamentos de los pacientes ingresados. Respecto al proceso de implantación, hemos aprendido que es mejor no realizarlo en lunes, para que puedan revisarse y actualizarse las órdenes médicas e incluir los cuidados de enfermería el día previo. Además hemos solicitado al Servicio de Informática la creación de un entorno de pruebas para que los usuarios puedan formarse de manera práctica y no sólo con sesiones teóricas, lo que consideramos será más beneficioso para los prescriptores, ya que es una parte de bastante complejidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro de los elementos que ha ocupado y sigue ocupando parte de la actividad del Servicio de Farmacia es la adecuación de las prescripciones médicas a los horarios de administración de enfermería, debido a que el programa informático solo permite que el médico y el farmacéutico modifiquen las horas de prescripción/administración, y sin embargo las enfermeras deben administrar dentro de los turnos establecidos. El registro y visualización de los cuidados de enfermería en la aplicación también está representando un reto del que (desde Farmacia) no habíamos sido conscientes.

En relación al aplicativo Pressalud, desde nuestra experiencia consideramos que aún queda un amplio margen de mejora para que se adapte a la práctica clínica habitual, por ello mantenemos la colaboración estrecha con Servicios Centrales para reportar las incidencias y posibles mejoras del programa informático.

Por otra parte ha sido necesario aumentar el número de equipos informáticos en el control de medicina interna, ya que tanto médicos como enfermeras deben utilizarlos, y en las tablets la aplicación no funciona con la velocidad suficiente. Es decir, la dotación de equipos informáticos y la velocidad de las aplicaciones en ellos es un elemento clave para la implantación de las herramientas electrónicas. También ha resultado clave la disponibilidad de espacio en el control, ya que aún no se han realizado en él las obras de mejora, y el espacio resulta angosto en muchos de los momentos de la jornada.

Con el Servicio de Informática hemos trabajado activamente durante todo el proceso y en los momentos de incidencia, en este sentido hubo que delegar en informática la creación y activación de usuarios, ya que el Servicio de Farmacia no dispone de un farmacéutico presencial en todos los días del año. La incorporación de personal eventual de enfermería durante festivos para cubrir bajas supone un gran reto, ya que para la administración electrónica deben disponer de una clave que ha de ser personal e intransferible. También hemos detectado con el Servicio de Informática y Servicios Centrales varias incidencias en la aplicación del censo de pacientes (incepto), y en este momento se está trabajando en su resolución, puesto que resulta un elemento clave para la prescripción.

Otro de los retos que se nos plantean actualmente es la creación de planes de contingencia para posibles eventualidades en el funcionamiento de los equipos informáticos.

En referencia a las posibilidades de replicación hemos detectado que es necesario implantar previamente la prescripción electrónica en el Servicio de Urgencias, ya que al no ser así el único internista de guardia del centro debe introducir los ingresos en el programa, lo que se añade al resto de tareas que realiza en la guardia produciendo una sobrecarga de trabajo. Por ello en el momento actual se ha decidido que la siguiente unidad que comenzará a prescribir electrónicamente sea el Servicio de Urgencias (cuando haya terminado la epidemia de gripe comenzaremos a trabajar para su implantación). Después, se realizará la expansión del proyecto al resto de plantas de hospitalización.

Finalmente consideramos que la comunicación entre profesionales, tanto en el proceso de implantación como en el desarrollo y continuación del procedimiento, es un elemento clave que hay que reforzar y mantener.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/934 ===== ***

Nº de registro: 0934

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BUSTOS MORELL CRISTINA, GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, PUYUELO BLECUA CARMEN, RUIZ MONTES FRANCISCO, BUERA ARGAZ JAIME, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, MOLINER MARCEN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Tras la publicación del informe "To err is human" en 1999, muchos países e instituciones han trabajado para reducir y eliminar los errores de medicación (EM). Diferentes estudios muestran que hasta un 56% de los EM se producen en el momento de la prescripción, el 34 % en la administración, un 6 % en la trascripción y un 4% en la dispensación. Los errores de prescripción son mayoritarios y pueden deberse a diferentes factores como:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

problemas de prescripción (ambigüedad, pautas incompletas, escritura ilegible, abreviaturas...), errores en el registro de una orden verbal o telefónica, fallos en la identificación de pacientes etc. Además también son importantes los errores derivados del proceso de transcripción, tanto por parte del servicio de farmacia (SF) como por enfermería, lo que genera dos registros diferentes a partir de una orden médica inicial. La introducción de la prescripción electrónica asistida (PEA) permite una reducción significativa de los EM, en torno al 65%. Esta reducción se deriva de la estandarización en las órdenes médicas, con campos completos y letra legible. También de la existencia de un registro único y actualizado para todo el personal implicado en el proceso. Sin embargo gran parte de la reducción de los EM se debe a que la PEA es un apoyo para el médico prescriptor, debido a que en fases iniciales permite avisos por alergias, duplicidades y ofrece información sobre las dosis por defecto, y en fases avanzadas pueden ofrecer herramientas más complejas al prescriptor (ajustes por IR, interacciones, protocolos farmacoterapéuticos, selección de fármacos de uso restringido etc). En España, el Ministerio de Sanidad recoge dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 la PEA como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. El informe sobre la situación de los SF en España publicado por la SEFH con datos de 2015 refleja que 3 de cada 4 hospitales disponen de PEA para pacientes ingresados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los EM en el proceso farmacoterapéutico en el paciente ingresado.
- Facilitar la labor del personal implicado
- Aumentar la calidad y seguridad en la asistencia
- Mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios y aumentar la información sobre datos relevantes (alergias, duplicidades, etc...)

MÉTODO

Se realizarán sesiones formativas con el personal implicado para el manejo del software de PEA (Farmatools®). Se redactarán instrucciones de trabajo como apoyo a los usuarios. Durante la puesta en marcha un farmacéutico estará disponible en la unidad de medicina interna (MI) para resolver las posibles dudas y consultas. Antes y después del proceso se realizará una encuesta tanto al personal de enfermería como a los facultativos implicados para conocer sus expectativas y su satisfacción con el proceso. La experiencia obtenida con la unidad de MI se trasladará en fases sucesivas al resto de unidades de hospitalización del centro de manera que a finales de 2017 todas las unidades de hospitalización excepto UCI y urgencias dispongan de PEA.

INDICADORES

- o N° de reuniones presenciales
- o N° de sesiones formativas realizadas
- o N° de usuarios médicos formados
- o N° de enfermeras formadas
- o N° de usuarios creados en el programa
- o N° de consultas telefónicas al SF tras la formación
- o N° de médicos formados ajenos a la unidad de MI
- o Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF
- o N° de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación
- o N° de instrucciones de trabajo creadas
- o Grado de satisfacción del personal médico
- o Grado de satisfacción del personal de enfermería

DURACIÓN

- Las fechas son orientativas
- Reunión grupo de mejora: presentación del proyecto, calendario y fases 03/11/2016
 - Reunión con médicos y enfermeros de MI: conocer circuitos de prescripción y organización del trabajo.
- Entrega de encuesta. 10/11/2016 y 17/11/2016
- Parametrización de carro y camas. Reunión con personal de SF y propuesta de nuevos circuitos 10/01/2017-19/01/2017
 - Creación de instrucciones de trabajo (IT) 26/01/2017-16/02/2017
 - Reunión equipo de mejora para revisión de IT, resultados de encuesta y calendario definitivo de sesiones formativas en MI 23/02/2017
 - Puesta a punto de equipos informáticos, creación de usuarios en el programa e instalación del software 20/02/2017
 - Sesión formativa médicos 28/02/2017
 - Sesión formativa enfermeras 28/02/2017
 - Sesión formativa personal de SF 27/02/2017
 - Inicio de la PEA en MI 01/03/2017
 - Entrega de encuesta de satisfacción 27/03/2017
 - Recogida de encuesta de satisfacción 27/04/2017
 - Análisis de resultados de la encuesta 03/05/2017
 - Reunión con el grupo de mejora para valorar la implantación y los resultados de la encuesta 11/05/2017
 - Análisis de indicadores y memoria final del proyecto de mejora 15/05/2017
 - Presentación de los resultados del proyecto al grupo de mejora 15/06/2017

OBSERVACIONES

Será necesario disponer de recursos informáticos (impresoras y ordenadores) para desarrollar el proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1773

1. TÍTULO

DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA MARIA BIBIAN GETINO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERRANDO LACARTE IGNACIO
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ
GRANDE MANJON MARIA JOSE
LAGRABA MIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad.
- Valoración geriátrica integral:
 - o Identificar riesgo social - domicilio
 - o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
 - o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estudio en fase de planificación y recogida de pacientes.
- Pendientes de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Revisión periódica en consultas externas para control evolutivo - monitorización (2º fase).
Se trata de un proyecto de fácil de llevar a cabo por la escasa necesidad de recursos materiales, posibilidad de seguimiento en consultas externas y capacidad del paciente para seguir indicaciones en domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1773 ===== ***

Nº de registro: 1773

Título
DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Autores:
BIBIAN GETINO CLARA MARIA, FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ, GRANDE MANJON MARIA JOSE, LAGRABA MIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1773

1. TÍTULO

DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sd. fragilidad
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).

Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.

Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.

Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).

Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad.

MÉTODO

- Valoración geriátrica integral:

o Identificar riesgo social - domicilio

o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.

o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.

- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.

- Criterios clínicos (Fried)

- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.

- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.

- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

INDICADORES

- Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.

- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.

- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.

- Valorar polifarmacia.

DURACIÓN

2017: Detección en consulta externa de pacientes que cumplan criterios de sd. fragilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1774

1. TÍTULO

VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ
GRANDE MANJON MARIA JOSE
LAGRABA MIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Detección de pacientes con diagnóstico de Demencia.
- Valoración geriátrica integral.
o Social: Detección de problemática social.
o Funcional: Valoración funcional de los pacientes mediante Índice de Barthel.
o Cognitiva: Seguimiento mediante test mentales (Test Pfeiffer/MEC)
- Detección de sd. geriátricos: Delirium, dolor, disfagia, polifarmacia, desnutrición, estreñimiento..
- Revisión de fármacos.
- Recomendaciones generales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estudio en fase de planificación y recogida de pacientes.
- Pendientes de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes con demencia suponen un gran porcentaje de los pacientes atendidos en consulta externa y que más recursos consumen.
Existe la necesidad de identificación de estos pacientes vulnerables y seguimiento en consulta externa para control ambulatorio y ajuste de medicación para disminuir los problemas relacionados con sd. geriátricos, los cuales son muy frecuentes en esta población; con el objetivo de minimizar visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminuir estrés del cuidador, mejorar la situación clínica y funcional del paciente, ajuste de medicación para evitar yatrogenia, identificación de sd. geriátricos para evitar complicaciones posteriores.
Se trata de un proyecto fácil de reproducir, por la escasez de recursos materiales necesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1774 ===== ***

Nº de registro: 1774

Título
VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ, GRANDE MANJON MARIA JOSE, LAGRABA MIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
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 - 2016/1774

1. TÍTULO

VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

PROBLEMA

Los pacientes con demencia suponen un gran porcentaje de los pacientes atendidos en consulta externa y que más recursos consumen.

Existe la necesidad de identificación de estos pacientes vulnerables y seguimiento en consulta externa para control ambulatorio y ajuste de medicación para disminuir los problemas relacionados con sd. geriátricos, los cuales son muy frecuentes en esta población; con el objetivo de minimizar visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminuir estrés del cuidador, mejorar la situación clínica y funcional del paciente, ajuste de medicación para evitar yatrogenia, identificación de sd. geriátricos para evitar complicaciones posteriores.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia

MÉTODO

- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia
- Sobrecarga del cuidador.

INDICADORES

- Número de pacientes valorados.
- Identificación sd. geriátricos.
- Identificación polifarmacia/yatrogenia
- Valoración funcional
- Optimización de recursos: No duplicación de consulta externa con diferentes especialidades.

DURACIÓN

- 2017: - Identificación de pacientes con demencia y realización de valoración geriátrica integral.
- Disminuir duplicidad de consultas externas de especialidad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CORED NASARRE ROSA MARIA
PUYAL MELE ANA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
PERELLA ARNAL MATILDE INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se decide desde el Comité de Transfusión, a instancias del Servicio de Hematología y Hemoterapia, la puesta en marcha de un Sistema informatizado de Seguridad Transfusional.
- El proyecto fue aprobado por la Dirección.
- Se contacta con empresas (e-Delphyn y Grifols) que disponen del Software adecuado para la realización de dicho proyecto. Se decide finalmente optar por la utilización del Sistema Gricode de la compañía Grifols.
- Se realiza una valoración de las necesidades materiales: compra de pulseras con código de barras y adquisición de PDAs para las unidades clínicas del Hospital, unidad de extracciones y Servicio de transfusión.
- Formación del personal implicado en el proceso de la transfusión (Técnicos de Laboratorio, Diplomados de Enfermería del Hospital y especialistas de Hematología y Hemoterapia). La formación se ha realizado a través de talleres impartidos por personal de la empresa Grifols. La formación de los diplomados de enfermería y técnicos de laboratorio que se van incorporando al Hospital corre a cargo de las supervisoras diplomadas de enfermería de cada unidad.
- El Servicio de Informática se ha encargado de dar de alta como usuarios a todo el personal implicado en el proceso transfusional, así como del personal de nueva incorporación.
- La transmisión de los datos se realiza de modo inmediato a través de la Wifi del Hospital al programa Gricode, salvo en Quirófano y la Unidad de Cuidados Intensivos donde se ha precisado conectar la PDA a través de línea telefónica para descargar los datos en el programa Gricode.
- Se ha realizado conexión del programa informático Gricode con el programa informático del Banco de sangre y Tejidos de Aragón y el programa de laboratorio Modulab.
- Se elabora un nuevo documento con el procedimiento para la solicitud y transfusión de hemoderivados y una guía adicional para el personal de Enfermería.
- Se pone en marcha el proyecto el día 13 de noviembre de 2017.
- Se ha mantenido el control del grupo y Rh a la cabecera del paciente como medida adicional de seguridad transfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A los 2 meses de la implantación el grado de utilización del sistema es próximo al 100%. Sólo se ha obviado su uso en el caso de transfusiones con extrema urgencia en que la trazabilidad se ha realizado de modo manual.
- El sistema informático de trazabilidad transfusional ha permitido una identificación inequívoca del paciente, de su muestra y de los hemoderivados destinados a cada paciente.
- Ha permitido la sistematización de todo el proceso transfusional.
- Permite realizar una monitorización a tiempo real desde el Servicio de Transfusión de todas las unidades enviadas, controlando el tiempo desde el inicio al final de la transfusión.
- Permite la comunicación de incidencias durante el proceso transfusional (interrupción de la transfusión, reacción transfusional...).
- Cumplimiento en mayor grado de las exigencias legales de trazabilidad transfusional y recomendaciones de calidad para la prevención de errores y hemovigilancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mejora de la seguridad transfusional para el paciente.
- Mayor implicación del personal que interviene en el proceso transfusional en los procedimientos de seguridad transfusional.
- Mayor colaboración entre el personal del Servicio de Transfusión y el personal de enfermería responsable de la transfusión.
- Se debe mejorar en el tiempo de transfusión de las unidades, que es superado (mayor de 2 horas) en mas del 50% de las transfusiones.
- Realización de evaluación permanente sobre el grado de cumplimiento del proceso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMatico DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1766 ===== ***

Nº de registro: 1766

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMatico DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, CORED NASARRE ROSA MARIA, PUYAL MELE ANA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, MAIRAL LACOMA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusión sanguínea
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de todo el proceso de la transfusión es un objetivo primordial.
Además de las medidas realizadas habitualmente (comprobación de grupo en banco de sangre, comprobación de grupo en la cabecera del paciente...), existen hoy en día otros métodos para aumentar la seguridad transfusional. Desde la Comisión de Transfusión del Hospital de Barbastro se propuso la puesta en marcha de un sistema informático de seguridad transfusional con el objetivo de mejorar todo el procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Puesta en marcha de un sistema de seguridad transfusional informatizado.
- Formación del personal de laboratorio (técnicos, enfermería y facultativos) para el manejo de dicho programa.
- Reducción del número de errores transfusionales.
- Mejora en la trazabilidad del procedimiento transfusional.

MÉTODO
- Contactar con empresas encargadas de suministrar el software adecuado.
- Adquisición de materiales necesarios: PDAs y pulseras con códigos de barras.
- Formación del personal hospitalario para el manejo de las PDAs.
- Conexión informática entre el nuevo software y los programas disponibles previamente en laboratorio.
- Elaboración de un documento con el procedimiento a seguir.

INDICADORES
- Porcentaje de transfusiones que se realizan con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas con el sistema informático/ nº de transfusiones totales)x100
- Porcentaje de transfusiones realizadas correctamente con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas correctamente/nº transfusiones realizadas con el sistema informático) x 100
- Evaluación de los errores transfusionales en el periodo de un año y comparación de los mismos con años posteriores.

DURACIÓN
- 3 meses: contacto con empresas suministradoras y acuerdo con Dirección para aprobar el proyecto.
- 6 meses: puesta en marcha del proyecto.
- 3 meses (y posteriores): evaluación de primeros resultados.

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 - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO JOSE
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
PERELLA ARNAL MATILDE INES
CORED NASARRE ROSA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Solicitud de coagulómetros portátiles.
- Solicitud de las tiras reactivas para autocontrol.
- Solicitud de diarios, con algoritmos de dosificación.
- Selección de los pacientes que se consideran más adecuados para el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral.
- Contacto personal con los mismos para ofrecerles esta modalidad de control.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes.
- Charla de formación teórica por parte de un facultativo especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de transmitir al paciente unas ideas básicas sobre la hemostasia, el mecanismo de acción de los anticoagulantes orales antivitaminas K y modo de realizar la autodosificación del tratamiento, mediante el uso de las tablas incluidas en los diarios.
- Taller práctico, por parte de diplomados de Enfermería, sobre el manejo de los coagulómetros portátiles y el método para la punción y obtención de la muestra de sangre capilar.
- Organización de un circuito, a través de la Consulta de Enfermería de tratamiento anticoagulante, para solventar las dudas y problemas que pudieran surgir a los pacientes. Se utiliza preferentemente como medio de contacto la vía telefónica.
- Visita presencial con cada paciente 1 mes después de iniciar el programa de autocontrol, con el fin de revisar si se realiza correctamente el registro de los controles y de la dosificación, así como comentar y resolver los problemas que puedan haber surgido durante el primer mes.
- En julio de 2017 se incluyó el primer grupo de pacientes del Sector de Barbastro en el programa de autocontrol.
- Se ha realizado un seguimiento de la realización de los controles, dosificación y registro en el diario de autocontrol.
- En diciembre de 2017 se ha incluido en el programa el segundo grupo de pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha observado que los pacientes mantienen durante más tiempo el INR dentro del rango terapéutico.
- No se ha observado un incremento en las complicaciones hemorrágicas.
- No ha surgido ninguna complicación tromboembólica en los pacientes incluidos.
- Reducción en la pérdida de horas laborales por parte de los pacientes en activo.
- Reducción en el número de desplazamientos al Hospital.
- Todos los pacientes incluidos siguen en el programa de autocontrol.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mayor satisfacción por parte de los pacientes incluidos en el programa de autocontrol.
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes, que disfrutaban de una mayor libertad para realizarse el control del tratamiento.
- Mayor compromiso por parte del paciente en la cumplimentación del tratamiento.
- Esta prevista la inclusión de nuevos grupos de pacientes cada 2-3 meses

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1767 ===== ***

Nº de registro: 1767

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
YUS CEBRIAN MARIA FLOR, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, PERELLA ARNAL MATILDE INES, CORED NASARRE ROSA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tratamiento anticoagulante Oral.
Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitaminas K (AVK) deben acudir con mucha frecuencia al hospital y/o Centro de Salud para realizar controles de INR.
El hecho de que tengan que tanta dependencia del las instituciones sanitarias, obliga a que tengan que pasar un tiempo considerable en el hospital y/o Centro de Salud realizando el control y esperando la pauta, interfiriendo en la propia calidad de vida del paciente.
Existen guías que informan del manejo y monitorización de los pacientes que podrían ser incluidos en un programa de autocontrol.
En la actualidad muchos pacientes acuden a primera hora de la mañana para realizar INR capilar. Posteriormente, la enfermera transmite el INR en el programa de monitorización de AVK (TAOnet®), y luego, los pacientes tienen que esperar una media de 1-2 horas mientras se hacen los informes de AVK, según el trabajo de los Facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados que se esperan conseguir:
-Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
-Aplicar las guías existentes para Autocontrol de AVK para el manejo de estos pacientes.
-Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología.

Método y actividades para mejorar:

-Selección de los pacientes más adecuados, y contacto personal con los mismos para ofrecerles esta modalidad de control
-Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, así como unos talleres formativos para pacientes que sean subsidiarios de iniciar un programa de autocontrol. La charla de formación teórica será llevada a cabo por un Facultativo Especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de transmitir al paciente unas ideas básicas sobre hemostasia, el mecanismo de acción de los anticoagulantes orales antivitaminas K y modo de realizar la autosuficiencia del tratamiento (tablas recogidas en un diario).
-Existen unos diarios donde se explican las pautas de anticoagulación que se deberán seguir en función del INR objetivo (según la patología del paciente), y del que se obtenga con el coagulómetro portátil.
-Se realizará un taller práctico, por parte de diplomados en Enfermería, sobre el manejo de los coagulómetros portátiles, el método para la punción y obtención de la muestra de sangre capilar.
-Se Organizará un circuito con visitas periódicas en la Consulta Hemostasia para monitorizar los resultados obtenidos de forma ambulatoria, solventar dudas y problemas que hayan ido surgiendo. Se utilizará la vía telefónica como medio de contacto preferente.
-Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

MÉTODO

La propuesta consistiría en seleccionar una población de pacientes que presenten un buen control del tratamiento anticoagulante oral, los cuáles tengan obligaciones o un ECOG, que impidan o dificulten acudir a los centros hospitalarios. Una vez seleccionada la población diana, se elaborarían talleres de formación, y monitorización periódica del programa en la Consulta de Hemostasia.

INDICADORES

-Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de AVK ((nº pacientes año estudio - nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
-Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.
-Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

-2 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

- 1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
- Junio-Julio de 2017: Inicio del programa en un primer grupo de pacientes.
- Un mes después: visita en la Consulta de Hemostasia con cada uno de los pacientes, con el fin de revisar si se ha realizado correctamente el registro de los controles y de la dosificación, así como comentar y resolver los problemas que pueden haber surgido en este primer mes.
- Valorar 3-6 meses después incluir un nuevo grupo de pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGLES BARBASTRO ROSANA
SIERRA CALLAU MODESTO
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
ROMERO MARCO DIONISIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los 2017 y 2018 del proyecto se han realizado las actividades para el desarrollo de la plataforma tecnológica para la provisión de cuidados integrados sociales y sanitarios mediante a mediante hospitalización a domicilio, a pacientes crónicos en fases de reagudización. A su vez se han implementado los dispositivos tecnológicos a utilizar. Una vez concluida la plataforma de desarrollo, se han realizado las pruebas y se ha puesto en marcha el pilotaje en entorno real.

Concretamente se han realizado las tareas:

- Definición e implementación del entorno colaborativo para crear planes de cuidados, para su puesta en marcha y seguimiento.
- El sistema de tele-monitorización de variables clínicas mediante sensorización pasiva
- Los sistemas de ayuda a la decisión para la gestión de alarmas relativas a la monitorización de variables clínicas, la propuesta de modificación del plan fármaco terapéutico en función de criterios start/stop para pacientes poli medicados y la propuesta adaptación de los planes de cuidados según perfil clínico del paciente.
- Los sistemas de gamificación orientados a conseguir un paciente activo en cuanto a su perfil patológico y a observar buenas prácticas en su nuevo rol.
- Integración del colaborative environment con el sistema de receta del SALUD, sistemas de videoconferencia y de mensajería instantánea SMS y LDAP.
- Implementación y pruebas de los dispositivos de captura de señales biométricas, sensores y wearables.
- Definición de las características de la prueba de concepto y del piloto necesario para la evaluación de la plataforma que se van a bordar en la segunda anualidad.
- Pruebas de concepto
- Preparación e instalación del entorno tecnológico para la puesta en marcha de los servicios POLYCARE (maquinas, servidores, bases de datos, accesos, etc..)
- Instalación y configuración de la tecnología
- Identificación de profesionales involucrados
- Puesta en marcha del Call center para la gestión de alarmas
- Identificación de pacientes y provisión de servicios de cuidados integrados en la Unidad de Crónico

Complejo

- Recogida de datos y experiencias para la evaluación
- Evaluación de resultados en términos de impacto en distintos dominios, calidad de vida, empoderamiento de paciente, económico, colaboración entre actores, etc.. siguiendo una metodología de evaluación reconocida en el ámbito de evaluación de cuidados integrados usando TICs.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una validación de la tecnología desarrollada en 3 pruebas de concepto en 3 regiones europeas, siendo una de ellas el Servicio Aragonés de Salud en el sector sanitario Barbastro. Se han incluido 27 pacientes que han validado la solución POLYCARE en la Unidad de Crónico Complejo del Hospital de Barbastro, durante su estancia en el hospital, permitiendo una recogida de datos y validación de la solución desarrollada. Se ha realizado una colaboración con el Departamento de Servicios Sociales de Base de la Comarca del Somontano, así como una colaboración con la Residencia de Ancianos "Las Huertas" de Barbastro, dentro del ámbito del proyecto europeo Polycare.

El proyecto ha permitido la colaboración con interesantes socios europeos, como el Instituto Fraunhofer de Bonn, aunando experiencias y permitiendo la compartición de conocimiento y la diseminación de resultados a un nivel internacional, así como la participación en múltiples eventos nacionales y europeos.

Con esta solución validada, el SALUD y el sector sanitario de Barbastro sigue con la línea de telemonitorización y provisión de cuidados integrados en distintos entornos a pacientes crónicos, (siguiendo la línea de varios proyectos anteriores con foco en telemonitorización, entornos domiciliarios y controlados como residencias, con colaboración de entorno social, en el ámbito preventivo, terapéutico, en domicilio y hospitalario, en aras de mejorar de la calidad prestada, centrada en el paciente, y buscando la sostenibilidad de los sistemas de bienestar y el empoderamiento de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto buscaba diversos objetivos, siendo los principales la mejora de la calidad de vida en pacientes crónicos a través de la hospitalización en domicilio, la reducción del número de hospitalizaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

desplazamientos a los hospitales, el empoderamiento de pacientes, la compartición de datos entre los distintos proveedores de cuidados y la promoción de los cuidados integrados. En la búsqueda de todos estos objetivos son claves varias cuestiones. En primer lugar, es necesaria una plataforma fuertemente validada y testeada antes de su puesta en marcha, así como la validación y uso de tecnología, dispositivos biomédicos y/o sensores y aplicaciones disponibles para paciente que se vayan a utilizar. Otra lección aprendida es que el empoderamiento de pacientes y la transferencia de competencias de bajo valor desde el sector sanitario al paciente es un reto en momentos de desestabilización aguda del paciente, con necesidad de hospitalización y con poco periodo de intervención. En estos casos, se consigue una transferencia y empoderamiento del tercer sector y cuidadores, en lugar del paciente. Así mismo, la integración de los nuevos sistemas de información con los ya existentes en el Servicio Aragonés de Salud es necesaria para garantizar el uso por parte de los profesionales sanitarios. El Servicio Aragonés de Salud continúa con la búsqueda de sistemas de provisión de cuidados integrados sostenibles en los distintos ámbitos de actuación para paciente crónicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1763 ===== ***

Nº de registro: 1763

Título
PROYECTO POLYCARE

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, EITO CUELLO JUAN JOSE, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, SIERRA CALLAU MODESTO, ROMERO MARCO DIONISIA, ANGLÉS BARBASTRO ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".
El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.
Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.
En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, Contrato Programa 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

51
que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.
Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos avanzar en dos cosas:
Revisar los criterios de inclusión para pacientes
Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de actuación del Call center
Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en fases de exacerbación y en situación de hospitalización a domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A DOMICILIO

MÉTODO
El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios. Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.
El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas. Se realizarán tareas de definición de requisitos, de participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio. Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en programa, definición del plan de cuidados integrado social y sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en situación de hospitalización a domicilio.

INDICADORES
Durante toda la fase de pruebas se recogerá información para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la provisión de servicios de atención integrada en situación de hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

DURACIÓN
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
La colaboración entre Atención Especializada, Atención Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS GONZALEZ IGLESIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL
GRASA LANAU JOSE ANTONIO
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
NOGUES GARCIA LAIA
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD
PLAZA CUELLO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Asistencia de 2 miembros del grupo al Curso Multidisciplinar sobre analgesia sedación, delirio y debilidad del paciente crítico. Noviembre 2016 Hospital de Vall d'Hebron (Bgarcelona).
- Realizadas 2 sesiones formativas sobre Escalas de Sedación y Dolor al personal sanitario de UCI: Noviembre 2016 y Mayo 2017.
- Realizado protocolo de Sedoanalgesia, pendiente de validación por los facultativos especialistas de área por la nuevas opciones terapéuticas aparecidas en el mercado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se pueden dar resultados de los indicadores planteados al no haberse empezado a aplicar el protocolo. La fuente de obtención de datos será el programa informático propio de UCI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido importante difundir y empezar a manejar las escalas de sedoanalgesia con los pacientes que vamos teniendo ingresados y que precisan sedación. Queda pendiente la adaptación del programa informático de UCI a las nuevas ordenes terapéuticas con los fármacos seleccionados y las escalas de sedación-dolor. Damos continuidad al proyecto para que una vez aprobado el protocolo todos los profesionales sigamos la misma línea de pautas y trabajos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/874 ===== ***

Nº de registro: 0874

Título
MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GRASA LANAU JOSE ANTONIO, GALLEGU BARRABES SUSANA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología grave
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
Los pacientes, que por su patología, precisan sedoanalgesia en la UCI precisan una vigilancia estrecha y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

ajustes continuos de medicación para evitar efectos no deseables: dolor, infrasedación y desadactación de la ventilación mecánica, sobredosificación y retraso en extubación y prolongación en la estancia en UCI. Este ajuste meticulosos se realiza de forma dispar entre los miembros de la unidad. Las causas detectadas son:

- Falta de un protocolo de actuación.
 - Falta de diversidad en las pautas de tratamientos (sedación y analgesia) por lo que se usasn las mismas dosis y fármacos sin tener en cuenta otros aspectos importantes: edad, constitución, tipo de patología que requiere sedoanalgesia...
 - Disparidad en las escalas de medición de dolor y sedación utilizadas.
 - Todo ello conlleva dosis acumulativas y prolongación de los efectos.
- La utilidad del proyecto se basa fundamentalmente en actualizar los conocimientos sobre el tema y unificar criterios y pautas de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Concienciar a los profesionales sanitarios de la UCI, de la necesidad de minimizar la sedación para disminuir sus efectos indeseables.
- Fomentar el uso de nuevos fármacos sedoanalgesicos que mejoran la calidad del tratamiento.
- Crear el hábito de valorar la respuesta a los fármacos mediante escalas actualizadas que permitan ajustar las dosis a la situación clínica del paciente.
- Disminuir las dosis de sedación y con ello los días de ventilación mecánica.

MÉTODO

- Redacción, difusión y puesta en marcha de un PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE DE UCI: Médicos y Enfermeros.
- Introducción de las escalas seleccionadas y generación pautas de tratamiento prediseñadas en el sistema informático de la unidad: Médicos y enfermeros
- Adiestramiento en el uso de las escalas elegidas para valorar la sedación, analgesia y relajación muscular de los pacientes: Enfermeros.
- Revisión y evaluación de las actuaciones de los profesionales sanitarios de la unidad ante un paciente con sedoanalgesia una vez creado y difundido el protocolo: Médico y Enfermeros

INDICADORES

- Numero de pacientes a los que se realiza una sedación controlada (escala/BIS) / Numero total de pacientes con sedación.
- Número de pacientes con pauta de sedoanalgesia protocolizada / número de pacientes con necesidad de sedoanalgesia.

Los datos se obtendrán de la historia clínica informatizada y del programa informático de monitorización continuada de los pacientes ingresados.

DURACIÓN

Periodo: tercer trimestre 2016 - primer semestre de 2017.
Inicio: 1 Noviembre 2016.
Finalización: 31 Junio 2017.

Calendario:

- Realización del PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA: 3 meses: noviembre y diciembre 2016, enero 2017.
- Difusión del protocolo: 1 semana: primera semana Febrero 2017.
- Adiestramiento personal de enfermería: 3 semanas: resto del mes de febrero 2017.
- Recogida de resultados: 3 meses: Marzo-Mayo 2017.
- Resultados y conclusiones y difusión de los mismos: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 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 - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS GARCIA RONQUILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRASA LANAU JOSE ANTONIO
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
MARTINEZ TRIVEZ PILAR
SALLAN CIUTAD VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo la redacción de la guía de sedoanalgesia en la UCI del hospital de Barbastro según la evidencia clínica actualizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la guía de sedoanalgesia de la unidad de cuidados intensivos. Se han introducido las escalas de sedoanalgesia y relajación en la práctica diaria, y comenzado el registro informático. Esto va a permitir a lo largo de este año iniciar el empleo de esta herramienta en la actividad clínica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La dificultad de desarrollar una guía de actuación aparentemente sencilla, pero que al profundizar el conocimiento es mas amplio el tema elegido. La dificultad de coordinación de este tipo de trabajos, cuando son realizados a la vez que la actividad asistencial, así como lograr coordinar a un grupo con diferentes horarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/874 ===== ***

Nº de registro: 0874

Título
MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GRASA LANAU JOSE ANTONIO, GALLEGU BARRABES SUSANA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Los pacientes, que por su patología, precisan sedoanalgesia en la UCI precisan una vigilancia estrecha y ajustes continuos de medicación para evitar efectos no deseables: dolor, infrasedación y desadaptación de la ventilación mecánica, sobredosificación y retraso en extubación y prolongación en la estancia en UCI. Este ajuste meticoloso se realiza de forma dispar entre los miembros de la unidad. Las causas detectadas son:
- Falta de un protocolo de actuación.
- Falta de diversidad en las pautas de tratamientos (sedación y analgesia) por lo que se usasn las mismas dosis y fármacos sin tener en cuenta otros aspectos importantes: edad, constitución, tipo de patología que requiere sedoanalgesia...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Disparidad en las escalas de medición de dolor y sedación utilizadas.
- Todo ello conlleva dosis acumulativas y prolongación de los efectos.

La utilidad del proyecto se basa fundamentalmente en actualizar los conocimientos sobre el tema y unificar criterios y pautas de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Concienciar a los profesionales sanitarios de la UCI, de la necesidad de minimizar la sedación para disminuir sus efectos indeseables.
- Fomentar el uso de nuevos fármacos sedoanalgesicos que mejoran la calidad del tratamiento.
- Crear el hábito de valorar la respuesta a los fármacos mediante escalas actualizadas que permitan ajustar las dosis a la situación clínica del paciente.
- Disminuir las dosis de sedación y con ello los días de ventilación mecánica.

MÉTODO

- Redacción, difusión y puesta en marcha de un PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE DE UCI: Médicos y Enfermeros.
- Introducción de las escalas seleccionadas y generación pautas de tratamiento prediseñadas en el sistema informático de la unidad: Médicos y enfermeros
- Adiestramiento en el uso de las escalas elegidas para valorar la sedación, analgesia y relajación muscular de los pacientes: Enfermeros.
- Revisión y evaluación de las actuaciones de los profesionales sanitarios de la unidad ante un paciente con sedoanalgesia una vez creado y difundido el protocolo: Médico y Enfermeros

INDICADORES

- Numero de pacientes a los que se realiza una sedación controlada (escala/BIS) / Numero total de pacientes con sedación.
- Número de pacientes con pauta de sedoanalgesia protocolizada / número de pacientes con necesidad de sedoanalgesia.

Los datos se obtendrán de la historia clínica informatizada y del programa informático de monitorización continuada de los pacientes ingresados.

DURACIÓN

Periodo: tercer trimestre 2016 - primer semestre de 2017.

Inicio: 1 Noviembre 2016.

Finalización: 31 Junio 2017.

Calendario:

- Realización del PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA: 3 meses: noviembre y diciembre 2016, enero 2017.
- Difusión del protocolo: 1 semana: primera semana Febrero 2017.
- Adiestramiento personal de enfermería: 3 semanas: resto del mes de febrero 2017.
- Recogida de resultados: 3 meses: Marzo-Mayo 2017.
- Resultados y conclusiones y difusión de los mismos: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 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 - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR MARTINEZ TRIVEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
ZAMORA ELSON MONICA
LOPEZ GONZALEZ ISABEL
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
SANZ CARDIEL ALICIA
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enviada una carta, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto: 1ª quincena octubre 2017

Elaboración hoja de recogida de datos: 1ª quincena octubre 2017

Se está realizando un seguimiento de estos pacientes a diario en los pacientes ingresado en UCI y 2 veces por semana en los pacientes de planta de hospitalización, por los facultativos de UCI con la enfermería de las unidades correspondientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el seguimiento de las vías implantadas en la UCI o bien de los paciente que han ingresado en la UCI con vías centrales desde 15 de octubre de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Control dentro de la UCI a diario, como en las plantas de hospitalización dos veces en semana-

Los datos son los siguientes:

- Canalizadas 62 vías:

- 74% son vías centrales: 37 (80%) de las misma las han canalizado los médicos de la UCI, y el resto 9 (20%), las han canalizado en quirófano (anestesiastas).

- 26% son vías centrales de acceso periférico. Todas canalizadas por el personal de enfermería de UCI.

- La duración de la catéteres han sido una media de 8 días. Con valores de 1 día y 32 días.

- Se han realizado 11 recambios de vías, es decir un 18% eran una nueva vía en el mismo paciente.

- Los motivos de retiradas de la vías han sido:

- 28 (45%) por no ser necesaria; 10(16%) por exitus; sospecha sepsis por catéter 11 (18%); trasladó a otro centro 4 (6%); cambio electivo 2 (3%); trombosis 2 (3%); retirada accidental 2 (3%); mala posición 1 (1,6%); falta de luces 1 (1,6%) y malfuncionamiento 1 (1,6%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Seguimiento laborioso pero gratificante por la buena disponibilidad de la enfermeras de los distintos servicios para la revisión conjunta y las recomendaciones realizadas.

- Mejora en las curas de las vías centrales por la insistencia de los médicos de UCI que realizan el seguimiento.

- Queda pendiente una mayor implicación por facultativos especialistas de otros servicios en el manejo de las vías.

7. OBSERVACIONES.

Realizaremos continuidad del proyecto con recogida de datos a lo largo de todo el 2018.

Se enviaran resultados a congresos de críticos, calidad...

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1772 ===== ***

Nº de registro: 1772

Título
MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MARTINEZ TRIVEZ PILAR, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, ZAMORA ELSON MONICA, LOPEZ GONZALEZ ISABEL, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, SANZ CARDIEL ALICIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro servicio y en nuestro hospital, como ocurre en otros, el manejo de los CVC no siempre es adecuado. Esto lleva consigo importantes efectos secundarios y complicaciones graves, entre las que se encuentran, las bacteriemias relacionadas con catéter, flebitis y trombosis venosas.
En años anteriores tuvimos ingresados algunos pacientes con complicaciones relacionadas con el catéter: shock séptico por catéter, endocarditis por infección de catéter, trombosis de extremidades por catéter...
Las iniciativas para la prevención de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad, y de nuestro servicio de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Vigilancia de todos los cateteres centrales que ha llevado los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante los años 2017-2018.
- Detección, prevención y actuación sobre las posibles complicaciones relacionadas con CVC.
- Seguimiento de la situación y utilidad de los CVC hasta su retirada.
Población diana : Todos los pacientes con CVC canalizados en nuestra unidad, ó que ingresen procedentes de otro area del hospital con un CVC y sean dados de alta de la UCI a las plantas de hospitalización con CVC.
Dirigido a : todos los servicios donde se utilizan este tipo de catéteres

MÉTODO

A - Se enviará una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto, dado que vamos a hacer un seguimiento de pacientes a su cargo y en sus e Historias clínicas clínicas.
B - Se elaborará, una hoja de recogida de datos.
C - Se realizará un seguimiento, de estos pacientes, 2 veces por semana, por los facultativos, que colaboran en el proyecto (de forma rotatoria), con recogida de datos,
D - Realizar recomendaciones al responsable médico y de enfermería del paciente si se cree conveniente realizar alguna intervención en el manejo del CVC.

INDICADORES

1 - Realización de carta de información del proyecto a la dirección del hospital y Jefes de servicios asistenciales : SI/NO . Estándar: 100%
2 - Realización de Hoja de recogida de datos : SI/NO Estándar: 100%
3 - Nº de pacientes con CVC que se han seguido correctamente /Nº de pacientes con CVC, que se debían seguir . Estándar: 80%.
4 - Realización de la valoración de los datos obtenidos y realización de la Memoria: SI/NO . Estándar : 100%

FUENTES DE DATOS :

- Hoja de recogida de datos.
- Historias clínicas
- Entrevistas con enfermera y facultativos responsables del paciente.

DURACIÓN

A - Enviar carta a dirección medica y JS : 1-15 Octubre 2017
B - Realizar Hoja de recogida de Datos :1-15 Octubre 2017
C - Seguimiento de pacientes : 15 Octubre 2017 - 15 Octubre 2018 .
D - valoración de datos, resultados obtenidos y elaboración de la memoria : 1ª Memoria con Datos a 31 diciembre 2017
2ª memoria con datos en Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Se trata de un proyecto con continuación en el Acuerdo de Gestión Clínica que firmará la UCI con la dirección del Hospital de Barbastro para 2018.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR MARTINEZ TRIVEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
ZAMORA ELSON MONICA
LOPEZ GONZALEZ ISABEL
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
SANZ CARDIEL ALICIA
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A- Se ha enviado una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y a los jefes, de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto. (1-15 octubre 2017)

B- Se ha elaborado una hoja de recogida de datos. (1-15 octubre 2017)

C- Se ha realizado una vigilancia y seguimiento, de todos los pacientes con CVC, (los canalizados en nuestra unidad, y los que ingresan procedentes de otras áreas del hospital, portadores de CVC), durante el periodo de ingreso en la UCI, y tras el alta a la planta de hospitalización.

Este seguimiento se ha iniciado el 15 de octubre de 2017, y lo continuamos a día de hoy, y se realiza, en el caso de los pacientes que permanecen ingresados en UCI, por el facultativo responsable, y en los ya dados de alta, en planta,

2 veces por semana, de forma rotatoria, por todos los facultativos de la unidad. con la recogida de datos consiguiente.

D- Tras la recogida de datos, se realiza la valoración de éstos, y recomendaciones

al responsable médico y de enfermería del paciente, sobre la realización de alguna intervención en el manejo del CVC, ó si sería conveniente su retirada .

E- De este modo se están recogiendo una serie de datos, sobre la canalización y manejo posterior, de los CVC en nuestro hospital, así como de las posibles complicaciones derivadas, entre las que destacan : las BRC, Endocarditis secundarias a infección de catéter, flebitis y trombosis venosas, de modo que nos permita, cuando tengamos una muestra suficiente, la valoración de cómo se realiza esta canalización y manejo posterior, de estos catéteres en nuestro entorno, las complicaciones derivadas de ello, y las oportunidades de mejora.

Los datos analizados en esta memoria, son los recogidos, (según el proyecto de mejora presentado en 2017) entre el 15 octubre de 2017 y 15 octubre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A- Realización y envío de una carta de información del proyecto, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, entre el 1-15 octubre-2017 . Estándar 100% SI

B- Realización de una hoja de recogida de datos, entre el 1-15 octubre 2017

Estandar 100% Si

C- nº de pacientes con CVC, que se han seguido correctamente /nº de pacientes con CVC, que se debían seguir.

Estandar : 80% SI : 230/252 : 91%

D- Valoración de los datos obtenidos y realización de la memoria

Estandar 100% SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DATOS GENERALES OBTENIDOS :

Durante este periodo, se canalizaron 252 vías en total. (219 en la UCI, 29 en el servicio de Anestesia, 3 por cirugía y 1 el servicio de urgencias). El 78,88% en pacientes dependientes del servicio de UCI, el 8,37% fué solicitado por el servicio de Medicina Interna, el 6,77% por diferentes especialidades médicas y un 5,98% solicitadas por servicios quirúrgicos. De las vías canalizadas, 209 (82,9%) fueron canalizadas por médicos y 43 (17,1%) por enfermería.

En cuanto al número de luces, se han canalizado 8 vías de 1 luz, 73 de dos luces, 129 de tres luces y 42 de cuatro luces. Por localización, se han canalizado 66 vías subclavias, 65 vías yugulares, 80 vías femorales y 43 catéteres centrales de inserción periférico (CCIP)

La permanencia de las vías ha sido como mínimo 1 día y como máximo 37 días, con media de 4 días y mediana de 7 días. De los catéteres retirados, han precisado nueva canalización en 47 casos (19%). Los motivos de retirada/Salida del registro, han sido: No necesario/No empleo 45,42%; Exitus 19,12%; Sospecha infección catéter 10,76%; Traslado a otro centro 7,57%; Cambio electivo 5,18%; Retirada accidental 4,38%; Trombosis 3,59%; Malfuncionamiento 2,79%; Falta de luces 0,80%; y Mala posición 0,40%. De todos las sospechas de sepsis por catéter, sólo uno de ellos se confirmó con una bacteriemia asociada a catéter.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

DATO DE CVC CONVENCIONALES:

Durante este periodo, se canalizaron 211 vías centrales convencionales. Distribuidos por luces: 7 de 1 Luz, 51 de dos luces, 111 de 3 luces y 42 de 4 luces. Los motivos de retirada han sido: No necesario/No empleo 45,97%; Exitus 20,85%; Sospecha infección catéter 9,48%; Traslado a otro centro 7,11%; Cambio electivo 6,16%; Retirada accidental 5,21%; Trombosis 1,42%; Malfuncionamiento 2,37%; Falta de luces 0,47%; y Mala posición 0,95%. El único caso de sépsis por catéter fue debido a vía yugular derecha, canalizada en quirófano y que estuvo canalizada 10 días. De las 211 vías, 36 (17%) se retiraron y precisaron canalización de nuevo catéter.

DATOS DE CVC DE INSECCION PERIFERICA (CCIP):

Durante este periodo, se canalizaron 43 CCI. Distribuidos por luces, 1 de 1 Luz, 23 de dos luces, 19 de 3 luces. Los motivos de retirada han sido: No necesario/No empleo 45,45%; Exitus 4,55%; Sospecha infección catéter 22,73%; Traslado a otro centro 13,64%; Cambio electivo 0%; Retirada accidental 0%; Trombosis 9,09%; Malfuncionamiento 4,55%; Falta de luces 0%; y Mala posición 0%. De las 43 vías, 11 se retiraron y precisaron canalización de nueva vía. Un dato llamativo, es que de las 43 vías canalizadas, después de la primera semana sólo quedaban canalizadas 7 vías (17%). Un 35% se han retirado en los primeros cuatro días.

CONCLUSIONES:

Este proyecto de recogida de datos y seguimiento, de la canalización y manejo posterior de los CVC, nos ha permitido un mejor control de los catéteres venosos centrales, detección precoz de complicaciones y tratamiento de las mismas.

Es por ello, que tenemos la intención de seguir, y así lo estamos haciendo, con este proyecto durante el 2019, considerando, como así lo exponíamos en nuestro proyecto de mejora de calidad, que la iniciativa para la prevención (entre otras), de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad y de nuestro servicio de salud.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto, fue enviado en 2017, para su inclusión en el programa de gestión de proyectos, en el servicio aragonés de salud-2016, con recogida de datos iniciada el 15 octubre de 2017, y continuación, en el acuerdo de gestión clínica firmado por nuestra unidad, con la dirección del hospital de Barbastro para el 2018. No se realizó la memoria en 2017, dada la escasa cantidad de datos que pudimos recoger en tan solo 2.5 meses.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1772 ===== ***

Nº de registro: 1772

Título
MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MARTINEZ TRIVEZ PILAR, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, ZAMORA ELSON MONICA, LOPEZ GONZALEZ ISABEL, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, SANZ CARDIEL ALICIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro servicio y en nuestro hospital, como ocurre en otros, el manejo de los CVC no siempre es adecuado. Esto lleva consigo importantes efectos secundarios y complicaciones graves, entre las que se encuentran, las bacteriemias relacionadas con catéter, flebitis y trombosis venosas.

En años anteriores tuvimos ingresados algunos pacientes con complicaciones relacionadas con el catéter: shock séptico por catéter, endocarditis por infección de catéter, trombosis de extremidades por catéter...

Las iniciativas para la prevención de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad, y de nuestro servicio de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS

- Vigilancia de todos los cateteres centrales que ha llevado los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante los años 2017-2018.
 - Detección, prevención y actuación sobre las posibles complicaciones relacionadas con CVC.
 - Seguimiento de la situación y utilidad de los CVC hasta su retirada.
- Población diana : Todos los pacientes con CVC canalizados en nuestra unidad, ó que ingresen procedentes de otro area del hospital con un CVC y sean dados de alta de la UCI a las plantas de hospitalización con CVC.
- Dirigido a : todos los servicios donde se utilizan este tipo de catéteres

MÉTODO

- A - Se enviará una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto, dado que vamos a hacer un seguimiento de pacientes a su cargo y en sus e Historias clínicas clínicas.
- B - Se elaborará, una hoja de recogida de datos.
- C - Se realizará un seguimiento, de estos pacientes, 2 veces por semana, por los facultativos, que colaboran en el proyecto (de forma rotatoria), con recogida de datos,
- D - Realizar recomendaciones al responsable médico y de enfermería del paciente si se cree conveniente realizar alguna intervención en el manejo del CVC.

INDICADORES

- 1 - Realización de carta de información del proyecto a la dirección del hospital y Jefes de servicios asistenciales : SI/NO . Estándar: 100%
- 2 - Realización de Hoja de recogida de datos : SI/NO Estándar: 100%
- 3 - N° de pacientes con CVC que se han seguido correctamente /N° de pacientes con CVC, que se debían seguir . Estándar: 80%.
- 4 - Realización de la valoración de los datos obtenidos y realización de la Memoria: SI/NO . Estándar : 100%

FUENTES DE DATOS :

- Hoja de recogida de datos.
- Historias clínicas
- Entrevistas con enfermera y facultativos responsables del paciente.

DURACIÓN

- A - Enviar carta a dirección medica y JS : 1-15 Octubre 2017
- B - Realizar Hoja de recogida de Datos :1-15 Octubre 2017
- C - Seguimiento de pacientes : 15 Octubre 2017 - 15 Octubre 2018 .
- D - valoración de datos, resultados obtenidos y elaboración de la memoria : 1ª Memoria con Datos a 31 diciembre 2017
- 2ª memoria con datos en Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Se trata de un proyecto con continuación en el Acuerdo de Gestión Clínica que firmará la UCI con la dirección del Hospital de Barbastro para 2018.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE MARIA ALDONZA ANIA LAHUERTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRAL FERNANDEZ NURIA
ABOS MIR TERESA
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el Servicio de Medicina Interna se inició en diciembre de 2015 hasta septiembre de 2016, un estudio para conocer la realidad de la alergia a betalactámicos en los pacientes ingresados en Medicina Interna. En las historias clínicas se recogen las alergias de los pacientes para evitar yatrogenias. Los antibióticos que con más frecuencia están implicados en las reacciones alérgicas son los betalactámicos que puede aparecer hasta en un 10% de los pacientes ingresados. Sin embargo, no conocemos realmente si los datos que reflejan las historias clínicas de alergias a fármacos son ciertos o se trata de errores que se perpetúan en el tiempo, o se trata de efectos adversos o no hay tal alergia. Los pacientes que ingresan en Medicina Interna tiene una probabilidad alta de requerir tratamiento antibiótico, que en ocasiones es vital por la comorbilidad asociada. Los betalactámicos, representan un arma terapéutica imprescindible en numerosas infecciones. En ocasiones se pueden sustituir por otros antibióticos. Los más utilizados son las quinolonas, pero el número de resistencias se está incrementando a nivel mundial.

Realizamos un estudio descriptivo transversal, recogiendo datos en una encuesta que se realiza a los pacientes ingresados en Medicina Interna que en su historia clínica está reflejada la alergia a penicilina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestros resultados actuales aportan los siguientes datos:

- El número de ingresos en Medicina Interna en 9 meses aproximadamente fue de 1193.
- El mayor número de pacientes atendidos están entre los 71 y 90 años, de ellos el 48% de los alérgicos a betalactámicos están entre 81-90 años.
- El 59% de los pacientes ingresados precisaron tratamiento antibiótico.
- El porcentaje de pacientes que tenemos registrados en sus historias clínicas como que son alérgicos a betalactámicos supone un 5,7% de los ingresos, 74.
- Solo el 25 % tenían pruebas de alergia realizadas. Se realizó una valoración comparativa en población joven, en concreto en la consulta de obstetricia de este hospital, con 100 pacientes. En un 5% estaba reflejado en la historia que eran alérgicas a betalactámicos y a diferencia de los datos de Medicina Interna, todas las pacientes tenían realizadas pruebas de alergia.
- De todos los pacientes registrados como alérgicos a betalactámicos el 42% no podía precisar si era alérgico, recordaba vagamente los síntomas o no los recordaba y de ellos en un 10% había sido tratado previamente con betalactámicos a pesar de constar en su historia la alergia.
- El resto de los pacientes 32% sabía que tras el tratamiento con una penicilina había presentado síntomas sugestivos de alergia y que había sido valorado por un médico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los datos nos indican que el rango de población donde se registran más casos de alergias a betalactámicos, es el que está más predispuesto a infecciones que necesitan tratamientos antibióticos más complejos, por su comorbilidad asociada.

Según los consensos y guías clínicas hay indicación de intradermorreacción y posterior prueba de provocación en los pacientes dudosos, en concreto 55 en el estudio realizado a 9 meses. La prueba de provocación hay que realizarla en un medio hospitalario.

Esta obligación en el diagnóstico no se está realizando en el Hospital de Barbastro, que atiende a una población algo superior a 100.000 habitantes con las consecuencias en la salud y económicas que producen.

Nuestro proyecto de mejora de calidad es la implantación de una consulta de alergia en nuestro hospital. El primer paso de la consulta de alergia sería realizar las pruebas que precisen los 55 pacientes que tenemos registrados como dudosos a alergia a betalactámicos hasta el mes de septiembre, continuando con la recogida de datos y aumentando la necesidad de control.

Para llevar a cabo este proyecto precisamos:

- Consulta de alergia una vez a la semana en el hospital, que se implantaría en 2017.
- Especialista en alergología..
- Enfermera concedora de la consulta de alergia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Espacio físico para pasar consulta, precisando un carro de paros y una camilla.
- Contacto con el Servicio Medicina Intensiva, que son conocedores de las pruebas de provocación.
- Contacto urgente en caso de necesidad con el busca de Medicina Interna, que en horario de 8 a 15 horas, lo lleva un internista.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/176 ===== ***

Nº de registro: 0176

Título
NECESIDAD DE IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. CONTINUIDAD DEL PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETA LACTAMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, ABOS MIR TERESA, CASTELLAR OTIN ELENA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La literatura médica publica que sólo el 10% de los pacientes que en su historia clínica está reflejado que son alérgicos a penicilina, lo son en realidad. Este error en el fondo y en la forma debería cambiar en la práctica clínica diaria, por considerarse que es una información importante que aparece en la primera línea de nuestros informes y que puede modificar nuestra praxis a la hora sobretodo del tratamiento. Esta es la razón por la que en el año 2015 iniciamos un proyecto de calidad para conocer la realidad de este problema en pacientes hospitalizados en la planta de Medicina Interna en el Hospital de Barbastro. A día de hoy, llevamos nueve meses recogiendo datos. Precisamos continuar con este proyecto para ampliar los resultados obtenidos hasta ahora y justificar la necesidad de disponer de una consulta de Alergias en nuestro centro hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizamos un estudio descriptivo transversal valorando la alergia a betalactámicos que está reflejada en la historia clínica, de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Barbastro, entre los meses de diciembre de 2015 y septiembre de 2016, ambos incluidos. Utilizamos una encuesta compuesta de 5 apartados con preguntas formuladas al paciente o familiares. Además, hemos realizado una valoración del porcentaje de pacientes obstétricas que acuden a consultas y que eran alérgicas a la penicilina. Los resultados obtenidos hasta ahora indican que en nuestras historias clínicas hay un 7% de pacientes que tienen reflejado que son alérgicos a los betalactámicos. Que el rango de edad de la mayoría de estos pacientes está entre 71 y 90 años que representa la población con más comorbilidades. El porcentaje de pacientes que tienen realizadas prueba de alergia es de 28%. El porcentaje de pacientes que no recuerdan ni signos ni síntomas de reacción alérgica representa el 42% sin poder precisar el fármaco administrado. En las pacientes embarazadas un 5% presentaban alergia a la penicilina. Todas habían sido valoradas por un alergólogo.

MÉTODO

Lo que nosotros observamos hasta ahora es que en un porcentaje muy elevado de pacientes no está confirmada la alergia a los betalactámicos, no pudiéndose utilizar un arma terapéutica, que en algunas patologías puede tener unas consecuencias fatales. Al tratarse de pacientes con edades avanzadas, la comprobación de la alergia requiere la realización de pruebas de provocación por un alergólogo. Valoramos la necesidad de disponer al menos en cada hospital de una consulta de alergias para valoración de los pacientes que lo precisen tras ser dados de alta hospitalaria.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Continuar con la recogida de datos para cumplir más de 12 meses.
- Justificar la necesidad de implantación de una consulta de alergia en nuestro hospital.
- Seleccionar a los pacientes que se beneficiarían de pruebas de provocación alérgicas para verificar la realidad de la alergia a los betalactámicos.

DURACIÓN

- Continuar sin interrupción con la amnesis y recogida de datos.
- Poner en marcha antes de finalizar 2016 la consulta de alergia.
- Comprobar el beneficio de la consulta a los 6 meses de actividad para solicitar una continuidad.

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 - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS LAPRESTA MOROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL
MALO FERRER MARIA ANGELES
NADAL ABADIAS NATALIA
MIRANDA PEREZ LOURDES
COSTA CATALAN PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INTRODUCCIÓN:

En un hospital de 160 camas, se diseñó un plan de mejora de la calidad en dos fases: un estudio inicial en todos los pacientes de una planta de especialidades médicas, para analizar la incidencia y factores de riesgo de portación de SARM; y una fase de actuación en dos plantas médicas mediante la detección activa, aislamiento en cohortes y seguimiento de los pacientes que cumplían los criterios de riesgo (PcSARM).

MATERIAL Y METODOS:

Inicialmente se tomaron frotis nasales para cultivo de SARM en todos los pacientes al ingreso y al alta durante un periodo de 17 días. (85 pacientes, 512 estancias.) Se analizaron: procedencia de residencias de ancianos y antecedentes de ingresos y tratamientos antibióticos.

En la segunda fase se frotaron los pacientes identificados como PcSARM, al ingreso, control de descontaminación, y al alta. A todos los portadores se les realizaron baños diarios con Clorhexidina. El procedimiento se protocolizó mediante vía clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS:

Primera fase: completaron el estudio 63 pacientes. 6 pacientes fueron portadores al ingreso (7%). Solamente uno de ellos se detectó en un cultivo clínico. La incidencia detectada fue del 1.8%, y la real del 10.2%, con una densidad de incidencia de 2 y 14 por mil estancias respectivamente. No se diagnosticó ninguna infección por SARM. La densidad de transmisión de SARM detectada fue 0, y la real de dos casos por 1000 estancias. El riesgo fue del 38 % para las residencias y del 20 % para los ingresos previos, siendo 0 para el tratamiento antibiótico previo si se presentaba como único factor de riesgo. El parámetro más eficiente correspondió a las residencias, ya que estudiando al 15% del total de los pacientes se detectó el 50% de los casos; un 45% de los pacientes presentaban ingresos previos.

En la segunda fase se actuó sobre los pacientes procedentes de residencias. Los portadores pertenecieron a 20 residencias diferentes, sin hallarse un predominio en la prevalencia en ninguna de ellas. De los 115 frotis al ingreso fueron positivos el 25%. La descolonización nasal se realizó en el 86%. Frotis de control se hicieron en el 52%, siendo negativos el 87%. La descontaminación cutánea se cumplió en el 97% de los casos.

Respecto a los frotis al alta, el cumplimiento fue del 79%, siendo positivo en el 9%. Un 5.6% de los negativos al ingreso que se estudiaron al alta (53 casos) fueron positivos, no pudiendo dilucidarse si fueron portadores no detectados al ingreso, o bien lo adquirieron durante su estancia, ya que la sensibilidad del frotis nasal para la detección de portadores se encuentra en torno al 70%.

Paralelamente se han desarrollado actividades de formación con muy buena respuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- * En nuestro hospital el factor de riesgo más eficiente para la detección de portadores de SARM es el domicilio en residencia de ancianos.
- * La implantación de una vía clínica para pacientes con criterio de SARM ha presentado un elevado cumplimiento.
- * Se ha conseguido una tasa de descolonización al alta del 64%.
- * La detección activa ha facilitado las medidas preventivas y la atención a los pacientes mediante el aislamiento en cohortes.
- * Se ha observado una gran motivación por parte del equipo y en general de los distintos profesionales del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

hospital, ya que la elevada prevalencia de SARM en el hospital de Barbastro se percibe como un problema que necesita solución.

En futuros proyectos se debería medir la continuidad en el tiempo de estas medidas, y el impacto de las mismas sobre la prevalencia de colonizados y sobre la infección por SARM.

Se deberían realizar proyectos similares sobre otros multiresistentes, como Pseudomonas aeruginosa resistente a Carbapenémicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/197 ===== ***

Nº de registro: 0197

Título
PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

Autores:
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, LAPRESTA MOROS CARLOS, MALO FERRER MARIA ANGELES, NADAL ABADIAS NATALIA, MIRANDA PEREZ LOURDES, COSTA CATALAN PALOMA, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Infección/colonización por gérmenes multiresistentes
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En el proyecto de calidad (num 449) del año 2015 se ha desarrollado un protocolo de detección y descontaminación de portadores de SARM al ingreso entre los pacientes con factores de riesgo determinados. Actualmente se ha implantado dicho protocolo y vía clínica en las áreas de urgencias y hospitalización. El objetivo del nuevo proyecto consiste en la evaluación de las medidas implantadas y los resultados obtenidos, para llevar a cabo un proceso de mejora continua.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la transmisión de SARM, optimizando los aislamientos y mejorar la atención del paciente portador mediante el uso de protocolos y vías clínicas.

MÉTODO

Las medidas previstas serán:
**Continuar con la detección activa en urgencias y plantas de hospitalización, de portadores de SARM (Enfermería y Microbiología), su ubicación en cohortes (Enfermería y Med. Preventiva) y la realización del protocolo de descontaminación correspondiente mediante vía clínica.(Enfermería, Med. Preventiva y Microbiología).
**La evaluación de los resultados y el diseño del plan de mejora continua. (Med. preventiva, microbiología y unidades de enfermería)

INDICADORES

Los indicadores a evaluar serán: la incidencia de SARM, la densidad de incidencia, la densidad de transmisión. Y el objetivo a conseguir será la disminución de los mismos con respecto al año anterior.
Otro indicador sería el número de pacientes aislados en habitación individual por SARM y el objetivo será disminuirlo con respecto al año anterior.

DURACIÓN

2016- evaluación- diseño del plan de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

2017- implantación

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 - 2016/0248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha evaluado la la resistencia in vitro del uropatógeno comunitario más frecuentemente aislado en infecciones de orina comunitarias en el Sector de Barbastro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
E. coli ha sido la bacteria más frecuentemente aislada durante el periodo de estudio, suponiendo el 61,08% del total de urocultivos positivos enviados desde Atención Primaria. De forma global, en este periodo ha habido un aumento de la resistencia de los aislamientos de E. coli a todos los antimicrobianos estudiados. Aún así, la resistencia se ha mantenido por debajo del 4% frente a fosfomicina y nitrofurantoína y por debajo del 10% en cefalosporinas de segunda y tercera generación. La resistencia frente a amoxicilina-clavulánico ha ido aumentando en estos años hasta alcanzar el 21,5% en 2013, siendo este antibiótico el único que ha presentado un incremento estadísticamente significativo.
Los máximos niveles de resistencia (superior al 30%) se encontraron en los antibióticos administrados vía oral y frecuentemente indicados en infecciones urinarias no complicadas: trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y ampicilina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
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 2016/248 ===== ***

Nº de registro: 0248

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, CORED NASARRE ROSA MARIA, LOPEZ AGUERRI NATALIA, BARRIGA CONDE ANA, LOPEZ SANCHEZ BELEN, COSTA CATALAN PALOMA, SOTO BEDMAR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Infecciones tracto urinario
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....: Optimización uso antibioterapia

PROBLEMA
Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. 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 investigar las infecciones urinarias de nuestro sector sanitario con el fin de recomendar la antibioticoterapia empírica apropiada en base a los microorganismos aislados y su perfil de susceptibilidad antibiótica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad del uso de antibióticos en nuestro Sector Sanitario y valorar si alguna de las pautas de tratamiento empírico para ITU aceptadas 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

El equipo de trabajo está constituido por personal del Laboratorio, el cual:

- Definirá las variables que se registrarán para el análisis de datos (microorganismos aislados, patrón antibiótico y mecanismos de resistencia).
- Establecer los criterios de inclusión de pacientes en el estudio.
- Revisión de bibliografía y de las recomendaciones de las principales guías de tratamiento antibiótico de nuestro país.

INDICADORES

Los indicadores en este estudio van a ser:

- Medir la evolución del patrón de resistencia antibiótica de los principales microorganismos aislados en los últimos años en ITU comunitarias de nuestro sector sanitario.
- Comprobar si el incremento/disminución de la resistencia antibiótica ha sido estadísticamente significativo.

DURACIÓN

Durante 2016 se recogerán datos y se diseñará el plan de mejora y durante 2017 se implantará el mismo y se analizarán los datos obtenidos

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 - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION VEGA VIDALLE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA HERVAS AMELIA
URBANO GONZALO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha revisado el protocolo seguido actualmente en la Unidad de Hemodiálisis (HD) del Hospital de Barbastro para controles serológicos de VHB, VHC y VIH entre nuestros pacientes, comparándolo con las recomendaciones de la SEN (Guía sobre enfermedades víricas en Hemodiálisis, 2004). Como resultado de la revisión ha sido posible elaborar un nuevo protocolo y calendario de controles serológicos que permite disminuir el número de peticiones al año sin menoscabo de la seguridad de los pacientes.

- Se han elaborado perfiles analíticos donde quedan establecidas las determinaciones a realizar en función de las características de los pacientes asistidos en la unidad de HD (agudo, nuevo paciente crónico, proveniente de otro centro, etc), así como los de control postvacunación.

- Se ha evaluado nuestro protocolo de aislamiento de monitores/pacientes hasta confirmación de la negatividad de marcadores serológicos como control de calidad de la Unidad de HD.

Las actividades de revisión y elaboración de nuevos protocolos y perfiles clínicos han sido realizadas en colaboración con los facultativos del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital. En la protocolización de las medidas de aislamiento de monitores contamos con la colaboración de las supervisoras de HD y Análisis clínicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disminución del número de solicitudes de serologías del VHB y VIH desde la implantación del nuevo calendario de peticiones en 2017 respecto a años anteriores, que representa más del 16% en ambos casos. Se cumple el objetivo marcado de conseguir un 10% menos de peticiones.

- Incremento del número de solicitudes de serologías de VHC respecto a 2016. No se cumple pues el objetivo marcado.

- Cumplimentación de los protocolos de aislamiento / desaislamiento de monitores de HD en el 100% de los casos. Se cumple el objetivo marcado (estandar > 99%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La revisión de los protocolos de controles serológicos para pacientes en HD puso de manifiesto que en nuestra Unidad había un exceso de peticiones respecto a las recomendadas por la SEN, pudiendo hacerse un reajuste de las mismas ahorrando peticiones innecesarias sin que ello represente una reducción en la seguridad de los pacientes. De aquí se deduce la conveniencia de revisar y actualizar los protocolos establecidos cada cierto tiempo (la propia SEN está en fase de revisión de los mismos a la luz de resultados obtenidos con los nuevos tratamientos de la hepatitis C).

- Los resultados dispares obtenidos entre las peticiones de serologías de VHC (aumentadas) y las de VIH-VHB (significativamente reducidas) nos lleva a la necesidad de continuar el estudio durante 2018 para identificar los factores que han llevado a estos resultados y poner en marcha las medidas necesarias para su corrección.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1780 ===== ***

Nº de registro: 1780

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Autores:
VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procesos infecciosos inciden notablemente en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en las Unidades de Hemodiálisis (HD). Dentro de ellos son de especial relevancia las infecciones víricas que, por su transmisión esencialmente parenteral, tienen un elevado riesgo de transmisión nosocomial horizontal: hepatitis B, hepatitis C y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La identificación precoz de pacientes infectivos o potencialmente infectivos portadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) o del SIDA (VIH) permitirá el establecimiento de las medidas necesarias, incluido el aislamiento cuando proceda, para evitar la transmisión de la infección, así como evaluar las posibilidades terapéuticas en cada caso, especialmente en los pacientes candidatos a trasplante renal. En todas las Unidades de HD, incluida la nuestra, se realizan determinaciones de serologías víricas con periodicidad establecida siguiendo las recomendaciones de la SEN. Debido al mayor movimiento de pacientes que existe actualmente en nuestra unidad, con la consiguiente mayor demanda de pruebas serológicas, nos ha parecido pertinente revisar nuestros protocolos para adecuarlos a las necesidades actuales.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar el protocolo de serologías víricas de los pacientes de nuestra Unidad de HD ajustándolo a las recomendaciones de la SEN, con objeto de disminuir el número de peticiones innecesarias. Agilizar el proceso de solicitud de peticiones creando perfiles analíticos fácilmente integrables en el sistema informático del laboratorio de nuestro hospital.

MÉTODO

3.1- Revisión del documento "serología de pacientes en Hemodiálisis", actualmente en vigor en nuestra unidad de HD, comparándolo con la Guía sobre enfermedades víricas en hemodiálisis, publicada por la SEN en 2004, a fin de elaborar un protocolo de determinaciones serológicas más ajustado a las recomendaciones de la SEN.

3.2-Reuniones con los facultativos del servicio de Análisis clínicos para elaborar Perfiles Analíticos con parámetros establecidos que se solicitarán de forma automática a través del sistema informático de nuestro hospital. Además, se establecerá un calendario de peticiones y una guía con las pautas a seguir en dependencia de los resultados serológicos obtenidos.

3.3-Reuniones con enfermería de nuestra Unidad de HD y supervisión del Servicio de Análisis clínicos para protocolizar la realización de solicitudes, agilizar la realización de las peticiones y establecer las medidas preventivas a seguir hasta la llegada de los resultados serológicos.

INDICADORES

Todos los indicadores seleccionados se refieren a los pacientes en HD, serán analizados mensualmente y evaluados al cabo de un año (en 2017). Son los siguientes:

- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVIH respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVHC respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de VHB (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti HBc) respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de monitores /pacientes que se ajustan a los protocolos de aislamiento establecidos. Estándar > 99%.

DURACIÓN

Elaboración e implantación de los nuevos protocolos a lo largo de 2017. Desarrollo y evaluación de los resultados en 2017 y 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE CONCEPCION VEGA VIDALLE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA HERVAS AMELIA
URBANO GONZALO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 hemos seguido los protocolos y calendario elaborados e implantados en 2017 para controles serológicos de nuestros pacientes de la Unidad de Hemodiálisis (HD), concernientes al VHB, VHC y VIH. Así mismo, hemos mantenido el protocolo de aislamiento de monitores/pacientes hasta confirmar la negatividad de los marcadores serológicos como control de calidad de la unidad de HD. Las actividades han sido llevadas a cabo por enfermería y facultativos de la unidad, en colaboración con el S. de Análisis clínicos para su ejecución y supervisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En 2018 se ha logrado un descenso en el número de peticiones de serologías víricas superior al 25% con respecto a 2016 (antes de la implantación de los nuevos protocolos), tanto en VHB como VHC y VIH. Se han cumplido pues los objetivos marcados (estandar : reducir 10%).
- Hemos conseguido corregir la desviación que tuvimos en 2017 (ver memoria anterior) concerniente a las peticiones de Ac frente al VHC, alcanzando un 40% de disminución este año. En los controles de VHB y VIH también ha habido un descenso de peticiones respecto a 2017, aunque no tan marcado (11 y 2,5% respectivamente).
- Se han cumplimentado los protocolos de aislamiento y desaislamiento de los monitores de HD en el 100% de los casos, consiguiendo así el objetivo marcado (estandar > 99%), como ya sucedió en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La revisión de los protocolos de controles serológicos de infecciones víricas en nuestros pacientes de HD en 2017 puso de manifiesto el exceso de peticiones que veníamos haciendo respecto a las recomendadas por la SEN. Con los nuevos protocolos se ha hecho evidente que podemos ahorrar peticiones innecesarias manteniendo un nivel de seguridad óptimo para nuestros pacientes.
- En 2017 conseguimos disminuir las peticiones de serologías frente al VHB y VIH, pero hubo un incremento de las de VHC respecto a 2016, ocasionado por la dificultad de hacer llegar adecuadamente la información a todo el personal de la unidad de HD, del que hubo mucha movilidad en ese año. Durante 2018 hemos llevado a cabo un control estricto de las peticiones en nuestra unidad de HD, apoyados por el S. de análisis clínicos mediante la creación de filtros específicos, habiendo conseguido así mejorar los resultados en todas las peticiones de serologías.
- Los resultados obtenidos en las medidas de aislamiento de los monitores son excelentes, fruto de la gran implicación de todo el personal de la unidad de HD, esfuerzo que hay que resaltar en un año 2018 en el que hemos tenido mucho movimiento de pacientes, tanto por vacaciones como por traslados a otros centros hospitalarios
- Es evidente la necesidad de revisar y actualizar los protocolos de trabajo de forma periódica, lo que permite poner de relieve nuestras carencias al tiempo que resalta nuestras fortalezas.
- El trabajo conjunto de facultativos, personal de enfermería y administrativa de nuestra Unidad de HD junto con la colaboración del S. de Análisis clínicos ha permitido que alcancemos nuestros objetivos. En el futuro hemos de continuar este esfuerzo colectivo para mantener y mejorar el nivel de calidad de nuestro trabajo diario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1780 ===== ***

Nº de registro: 1780

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Autores:

VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto asistencial

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procesos infecciosos inciden notablemente en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en las Unidades de Hemodiálisis (HD). Dentro de ellos son de especial relevancia las infecciones víricas que, por su transmisión esencialmente parenteral, tienen un elevado riesgo de transmisión nosocomial horizontal: hepatitis B, hepatitis C y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La identificación precoz de pacientes infectivos o potencialmente infectivos portadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) o del SIDA (VIH) permitirá el establecimiento de las medidas necesarias, incluido el aislamiento cuando proceda, para evitar la transmisión de la infección, así como evaluar las posibilidades terapéuticas en cada caso, especialmente en los pacientes candidatos a trasplante renal.

En todas las Unidades de HD, incluida la nuestra, se realizan determinaciones de serologías víricas con periodicidad establecida siguiendo las recomendaciones de la SEN. Debido al mayor movimiento de pacientes que existe actualmente en nuestra unidad, con la consiguiente mayor demanda de pruebas serológicas, nos ha parecido pertinente revisar nuestros protocolos para adecuarlos a las necesidades actuales.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar el protocolo de serologías víricas de los pacientes de nuestra Unidad de HD ajustándolo a las recomendaciones de la SEN, con objeto de disminuir el número de peticiones innecesarias. Agilizar el proceso de solicitud de peticiones creando perfiles analíticos fácilmente integrables en el sistema informático del laboratorio de nuestro hospital.

MÉTODO

3.1- Revisión del documento "serología de pacientes en Hemodiálisis", actualmente en vigor en nuestra unidad de HD, comparándolo con la Guía sobre enfermedades víricas en hemodiálisis, publicada por la SEN en 2004, a fin de elaborar un protocolo de determinaciones serológicas más ajustado a las recomendaciones de la SEN.

3.2-Reuniones con los facultativos del servicio de Análisis clínicos para elaborar Perfiles Analíticos con parámetros establecidos que se solicitarán de forma automática a través del sistema informático de nuestro hospital. Además, se establecerá un calendario de peticiones y una guía con las pautas a seguir en dependencia de los resultados serológicos obtenidos.

3.3-Reuniones con enfermería de nuestra Unidad de HD y supervisión del Servicio de Análisis clínicos para protocolizar la realización de solicitudes, agilizar la realización de las peticiones y establecer las medidas preventivas a seguir hasta la llegada de los resultados serológicos.

INDICADORES

Todos los indicadores seleccionados se refieren a los pacientes en HD, serán analizados mensualmente y evaluados al cabo de un año (en 2017). Son los siguientes:

- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVIH respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVHC respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de VHB (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti HBc) respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de monitores /pacientes que se ajustan a los protocolos de aislamiento establecidos. Estándar > 99%.

DURACIÓN

Elaboración e implantación de los nuevos protocolos a lo largo de 2017. Desarrollo y evaluación de los resultados en 2017 y 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE AMELIA GARCIA HERVAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VEGA VIDALLE CONCEPCION
ANDRES ALIERTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Rotación de enfermería por la consulta ERCA de Nefrología del Hospital Miguel Servet.
2. Clasificación de pacientes en seguimiento en consultas de Nefrología en base a criterios analíticos que indican enfermedad renal avanzada con criterios de progresión (FG <30 ml/min con proteinuria > 0.5g/24h, FG <20)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Formación de enfermería.
2. Preparación de material gráfico y audiovisual.
3. Determinación de un número total de 81 pacientes subsidiarios de seguimiento en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la unidad ERCA se deben cubrir los mismos objetivos que en cualquier otro estadio de la ERC, como el diagnóstico etiológico, el enlentecimiento de la progresión, el manejo del riesgo vascular y la comorbilidad, así como desarrollar iniciativas orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente. Además, asociado a ello se debe asegurar la preparación de los pacientes para el inicio de la terapia sustitutiva renal a tiempo y con suficiente antelación, promover los tratamientos domiciliarios y el autocuidado del paciente. También abordar el trasplante de vivo pre diálisis y/o la inclusión en lista de espera de cadáver lo antes posible, si éste está indicado.

A la espera de que nos sea concedido un espacio físico para ubicar la consulta médica junto a la de enfermería y así poder llevar a cabo el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1783 ===== ***

Nº de registro: 1783

Título
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

Autores:
GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, VEGA VIDALLE CONCEPCION, LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y objetivos de la Unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad renal crónica es muy prevalente, conllevando una elevada morbi-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

mortalidad y consumiendo una gran parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Cifrándonos a la fase de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definida por presentar un filtrado glomerular (FG) igual o inferior a 30 ml/mn/1,73m² (ERC estadios 4-5), ello representa el 0,58% de la población española, consumiendo el 3% del presupuesto de atención especializada al año. Una asistencia óptima en esta fase de ERCA permitirá retrasar en lo posible su progresión y la aparición de complicaciones, de manera que el paciente llegue a la fase de terapia renal sustitutiva en las mejores condiciones físicas y psicológicas. Para su consecución, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) promueve desde 2008 la creación, en todos los Servicios de Nefrología, de equipos multidisciplinares dotados de recursos humanos y materiales propios, integrados en Consultas específicas de ERCA.

RESULTADOS ESPERADOS

Dirigido a pacientes con ERCA procedentes de la consulta general de Nefrología, planta de Nefrología clínica o Unidad de HD si recuperan función renal. El objetivo principal es proporcionar al paciente con ERCA un cuidado integral que contemple la asistencia, información, formación y educación consensuadas, en un ambiente multidisciplinar, a través de una consulta especializada integrada en un equipo formado por nefrólogos y enfermería nefrológica. Con ello se intenta retrasar en lo posible la progresión de la ERC, previniendo o tratando precozmente las posibles complicaciones, así como capacitar al paciente para asumir la enfermedad y su autocuidado, optimizar su calidad de vida y facilitar que pueda decidir de forma autónoma la mejor opción terapéutica una vez alcanzada la fase de ERC terminal.

MÉTODO

6.1- Elaboración del proyecto de consulta ERCA, con realización de reuniones de trabajo entre los 3 facultativos del S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de Hemodiálisis para establecer las líneas de trabajo (comunes y específicas), determinar las necesidades estructurales, materiales y de personal y planificar la estructura propia de la consulta.

6.2- Actividades específicas de los facultativos:

- Seguimiento clínico del paciente con controles programados frecuentes (entre 1-3 meses) para prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERCA, ajuste de dosis de medicamentos y retirada de fármacos de alto riesgo.
- Información clara y precisa al paciente y familiares sobre la enfermedad, su evolución y posibilidades terapéuticas (transplante, diálisis o tratamiento conservador) para que puedan decidir de forma autónoma e independiente la mejor opción en cada caso, que quedará siempre reflejada en el consentimiento informado.
- Coordinar la atención con los diferentes especialistas a nivel hospitalario y Atención primaria. Coordinación con los centros de referencia donde se realiza el acceso vascular y colocación de los catéteres peritoneales, así como seguimiento de los mismos. Coordinación del estudio pretransplante renal.

6.3- Actividades específicas de enfermería:

- Evaluación inicial (antropométrica, psicológica-emocional y comorbilidad asociada) y periódica del paciente. Ayuda psicológica al paciente para asumir su situación. Consejos sobre el estilo de vida, dietas y toma de medicamentos. Ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento elegido.
- Control del estado serológico del paciente frente al VHB, VHC y VIH. Planificación de un calendario vacunal individualizado.
- Evaluación y cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal ya colocados.
- Coordinar con A. Primaria los cambios terapéuticos y pruebas diagnósticas solicitadas. Coordinación con la trabajadora social para mejorar el soporte sociofamiliar del paciente.
- Recogida de datos clínicos y analíticos para posteriores estudios estadísticos que permitan evaluar los resultados de la consulta ERCA y detectar puntos de mejora.

INDICADORES

- Análisis de la calidad asistencial mediante parámetros:
 - a- clínicos: edemas, disnea, prurito, (valores: ausencia 0, presencia 1) y cifras de TA (valores: < 150/90 = 0, > 150/90 = 1).
 - b- analíticos: Hemoglobina (valores: entre 10,5-12 g/dl = 0, < 10,5 y/o > 12 = 1), PTH (valores: < 300 ng/ml = 0, > 300 ng/ml = 1), Calcio (valores: 8,5-10 mg/dl = 0, < 8,5 y/o > 10 = 1), fósforo (valores: < 5 mg/dl = 0, > 5 mg/dl = 1) y potasio (valores: < 3,5 mEq/l = 0, > 5 mEq/l = 1).
- Reingreso por complicación asociada a la ERCA en últimos 6 meses (valores: = número de reingresos)

DURACIÓN

- Elaboración del proyecto de consulta ERCA y su presentación en Dirección del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

Hospital para su aprobación durante 2017

- Puesta en marcha de la consulta ERCA en cuanto se cuente con el acuerdo de Dirección y se disponga del personal de enfermería y espacio físico necesarios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE AMELIA GARCIA HERVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URBANO GONZALO OSCAR
VEGA VIDALLE CONCEPCION
LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2017 se realizaron reuniones de trabajo en las que participaron los 3 facultativos de la S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de hemodiálisis. En las mismas se revisaron las orientaciones sobre seguimiento clínico de la Enfermedad renal crónica avanzada y prediálisis de la SEN, editadas en 2008, y se analizaron las necesidades de nuestro sector de Barbastro así como las posibilidades en cuanto a recursos humanos e infraestructura del Hospital. Como resultado de las mismas se elaboró un proyecto de Consulta ERCA en el que, de forma coordinada entre Nefrólogos y enfermería nefrológica, se podría realizar el seguimiento integral del paciente afecto de ERCA.

En el mes de mayo de 2017 fue presentado nuestro proyecto de consulta a Dirección del Hospital para su análisis. Fue bien acogido, tanto por Dirección Médica como por Dirección de Enfermería, quedando a la espera de su decisión, fundamentalmente en cuanto a la dotación de enfermería nefrológica y la ubicación de las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto de consulta se elaboró y se presentó, como previsto, dentro del año 2017, pero la consulta no ha podido ponerse en marcha por estar todavía pendiente de la resolución de Dirección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esperamos que en el curso de 2018 sea posible la puesta en marcha de la Consulta ERCA, fundamental para el buen seguimiento de nuestros pacientes con enfermedad renal avanzada. Para el buen hacer del mismo queremos resaltar que consideramos imprescindible que tanto la ubicación de las consultas como la dotación de enfermería se ajusten a las indicaciones del proyecto presentado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1783 ===== ***

Nº de registro: 1783

Título
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

Autores:
GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, VEGA VIDALLE CONCEPCION, LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y objetivos de la Unidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad renal crónica es muy prevalente, conllevando una elevada morbi-mortalidad y consumiendo una gran parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Cifrándonos a la fase de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definida por presentar un filtrado glomerular (FG) igual o inferior a 30 ml/mn/1,73m² (ERC estadios 4-5), ello representa el 0,58% de la población española, consumiendo el 3% del presupuesto de atención especializada al año.

Una asistencia óptima en esta fase de ERCA permitirá retrasar en lo posible su progresión y la aparición de complicaciones, de manera que el paciente llegue a la fase de terapia renal sustitutiva en las mejores condiciones físicas y psicológicas. Para su consecución, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) promueve desde 2008 la creación, en todos los Servicios de Nefrología, de equipos multidisciplinares dotados de recursos humanos y materiales propios, integrados en Consultas específicas de ERCA.

RESULTADOS ESPERADOS

Dirigido a pacientes con ERCA procedentes de la consulta general de Nefrología, planta de Nefrología clínica o Unidad de HD si recuperan función renal. El objetivo principal es proporcionar al paciente con ERCA un cuidado integral que contemple la asistencia, información, formación y educación consensuadas, en un ambiente multidisciplinar, a través de una consulta especializada integrada en un equipo formado por nefrólogos y enfermería nefrológica. Con ello se intenta retrasar en lo posible la progresión de la ERC, previniendo o tratando precozmente las posibles complicaciones, así como capacitar al paciente para asumir la enfermedad y su autocuidado, optimizar su calidad de vida y facilitar que pueda decidir de forma autónoma la mejor opción terapéutica una vez alcanzada la fase de ERC terminal.

MÉTODO

6.1- Elaboración del proyecto de consulta ERCA, con realización de reuniones de trabajo entre los 3 facultativos del S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de Hemodiálisis para establecer las líneas de trabajo (comunes y específicas), determinar las necesidades estructurales, materiales y de personal y planificar la estructura propia de la consulta.

6.2- Actividades específicas de los facultativos:

- Seguimiento clínico del paciente con controles programados frecuentes (entre 1-3 meses) para prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERCA, ajuste de dosis de medicamentos y retirada de fármacos de alto riesgo.
- Información clara y precisa al paciente y familiares sobre la enfermedad, su evolución y posibilidades terapéuticas (transplante, diálisis o tratamiento conservador) para que puedan decidir de forma autónoma e independiente la mejor opción en cada caso, que quedará siempre reflejada en el consentimiento informado.
- Coordinar la atención con los diferentes especialistas a nivel hospitalario y Atención primaria. Coordinación con los centros de referencia donde se realiza el acceso vascular y colocación de los catéteres peritoneales, así como seguimiento de los mismos. Coordinación del estudio pretransplante renal.

6.3- Actividades específicas de enfermería:

- Evaluación inicial (antropométrica, psicológica-emocional y comorbilidad asociada) y periódica del paciente. Ayuda psicológica al paciente para asumir su situación. Consejos sobre el estilo de vida, dietas y toma de medicamentos. Ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento elegido.
- Control del estado serológico del paciente frente al VHB, VHC y VIH. Planificación de un calendario vacunal individualizado.
- Evaluación y cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal ya colocados.
- Coordinar con A. Primaria los cambios terapéuticos y pruebas diagnósticas solicitadas. Coordinación con la trabajadora social para mejorar el soporte sociofamiliar del paciente.
- Recogida de datos clínicos y analíticos para ulteriores estudios estadísticos que permitan evaluar los resultados de la consulta ERCA y detectar puntos de mejora.

INDICADORES

- Análisis de la calidad asistencial mediante parámetros:
 - a- clínicos: edemas, disnea, prurito, (valores: ausencia 0, presencia 1) y cifras de TA (valores: $\leq 150/90 = 0$, $> 150/90 = 1$).
 - b- analíticos: Hemoglobina (valores: entre 10,5-12 g/dl = 0, $\leq 10,5$ y/o $> 12 = 1$), PTH (valores: ≤ 300 ng/ml = 0, > 300 ng/ml = 1), Calcio (valores: 8,5-10 mg/dl = 0, $\leq 8,5$ y/o $> 10 = 1$), fósforo (valores: ≤ 5 mg/dl = 0, > 5 mg/dl =

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

- 1) y potasio (valores: < 3,5 mEq/l = 0, > 5 mEq/l = 1).
- Reingreso por complicación asociada a la ERCA en últimos 6 meses (valores: = número de reingresos)

DURACIÓN

- Elaboración del proyecto de consulta ERCA y su presentación en Dirección del Hospital para su aprobación durante 2017
- Puesta en marcha de la consulta ERCA en cuanto se cuente con el acuerdo de Dirección y se disponga del personal de enfermería y espacio físico necesarios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORAU BUISAN MARIA FELISA
BUETAS AURE MARIA REYES
GUARDIA CONTRERAS ANA BELEN
DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE
LARA MARIA CALVO PEREZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la puesta en marcha de la consulta específica de Esclerosis Múltiple del Hospital de Barbastro se ha ido realizado las siguientes acciones:

Sesiones Cínicas:

Intraservicio: dentro de la Unidad de Neurología, de actualización de aspectos relevantes en cuanto al diagnóstico y novedades terapéuticas, así como puesta en común de casos de interés. Con una periodicidad trimestral.

En el servicio de Urgencias del Hospital: para aumentar el índice de sospecha de la enfermedad y realizar una derivación más eficaz a la consulta, así como para la agilización de pruebas complementarias. Esta actividad se ha realizado en dos sesiones.

En Hospital de Día: para la realización de pruebas para el diagnóstico (Punción lumbar, con la mayor celeridad), puesta al día de las novedades terapéuticas que se dispensan hospitalariamente en esta dependencia. Se ha realizado una sesión, se prevé realizar las necesarias según vayan comercializándose los fármacos oportunos.

Entrega de material a los pacientes:

Hoja informativa de los nuevos tratamientos orales: con sus principales indicaciones y efectos secundarios, así como estrategias para solventarlos.

Información específica para mujeres en edad fértil (con una prevalencia importante en esta enfermedad):

planificación del embarazo, (derivación directa a consulta de fertilidad, suspensión del tratamiento modificador de la enfermedad), teratogenicidad de los fármacos actuales, efecto sobre la anticoncepción, asesoramiento respecto al periodo de lactancia, etc...

Consulta específica con una periodicidad semanal (normalmente los jueves): con un tiempo de 30 minutos y con la asignación de un código específico 2.91 y citación periódica desde la consulta según. Memoria de casos nuevos, registro de cambios de línea de tratamiento, embarazos. Realización de informe médico cuando cambia alguna circunstancia del paciente o en su tratamiento. Posibilidad de acceso vía telefónica los jueves de 13-14 h para dudas o consultas breves.

Revisión periódica (según precise) de los requerimientos específicos de cada tratamiento: transaminasas quincenales en teriflunamida, AC para el Virus JC trimestral o semestralmente en laboratorio externo al hospital en tratamiento con Natalizumab, etc, RM de control a los 6 meses y al año de inicio de CADA tratamiento en todos los pacientes.

En hospital de día: infusión de tratamientos intravenosos, corticoides en los brotes, Natlizamub, Rituximab, Fingolimod via oral (con monitorización cardiaca durante 6 horas). Educación a los pacientes por parte de enfermería, revisión de analíticas previas a los tratamientos y seguimiento de posibles efectos secundarios. Educación al inicio de los tratamientos con interferones y acetato de glatiramero inyectable (intramuscular o subcutáneo), realización de forma preferente /urgente de punciones lumbares.

Asistencia a grupos de referencia:

De forma periódica (según se convocan) reunión con el grupo aragonés de esclerosis múltiple en el Salud (Zaragoza), puesta en común de casos de difícil diagnóstico y manejo, realización de protocolos de actuación y posicionamiento terapéutico etc.

Asistencia a la reunión del grupo de estudio de Esclerosis Múltiple celebrada anualmente en el Congreso de la Sociedad Española de Neurología.

Formación Continuada:

Realización por parte del facultativo responsable de la consulta de cursos y talleres de formación continuada, así como congresos:

Asistencia al congreso internacional de Esclerosis múltiple (ECTRIMS) que se celebra anualmente.

Cursos: Reunión postectrims, Reunión de EM camino de Santiago (ambas anualmente), Formación en Neuroinmunología:

Master en Neuroinmunología de la Universidad autónoma de Barcelona, Curso de inmunología y Celulas B, curso de neuroinmunología y bandas oligoclonales, programa de formación en esclerosis multiple Contact, realizado en el Hospital Vall de Hebron de Barcelona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal objetivo era la organización reglada del seguimiento de pacientes de esclerosis múltiple por su especial complejidad, cada paciente precisa de una individualización específica de su enfermedad y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

tratamiento, eso conlleva que una mayor información y accesibilidad por parte del equipo asistencial acaba por minimizar el número de consultas extras, visitas a urgencias y atención primaria por posibles efectos adversos de medicación o dudas sobre sintomatología de la enfermedad etc...y una mejora en la calidad en la asistencia, ya que conoce a su médico de referencia que siempre es el mismo así como al equipo de enfermería.

Por otro lado la dedicación mas especifica de un facultativo a una patología concreta hace que tenga mayor formación y manejo sobre la enfermedad y sus tratamientos, con lo que aumenta la confianza de los pacientes y evita derivaciones innecesarias a centros de otros niveles para segundas opiniones. También se aumenta el conocimiento de la enfermedad entre otros compañeros(de urgencias) y se aumenta su seguridad en el manejo a través de acciones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la experiencia durante este tiempo he aprendido a conocer mejor a los enfermos y a la enfermedad, así como que el trabajo en equipo facilita mucho el trabajo del día a día, entre los compañeros del proyecto queda la satisfacción de que el trabajo se está haciendo lo mejor posible, siempre hay aspectos mejorables en la asistencia diaria, y esto conlleva a una mejora global de los pacientes, creo que su mejor manejo incide en la calidad de su asistencia, minimizando los aspectos negativos y ello en la calidad de vida de estos pacientes que esta mermada desde edades medias de la vida. Como pendiente queda la encuesta de satisfacción al paciente

7. OBSERVACIONES.

Por ultimo me gustaría concluir que este proyecto podría seguir en marcha dados los buenos resultados obtenidos. En este momento personalmente ya no me encuentro trabajando en el Hospital de Barbastro, una compañera, la Dra Carolina García Arguedas podría continuar con el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/528 ===== ***

Nº de registro: 0528

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, BORAO BUISAN MARIA FELISA, BUETAS AURE MARIA REYES, GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ESCLEROSIS MULTIPLE ES UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, ORIGEN AUTOINMUNE, CAUSA DESCONOCIDA Y SIN CURA . AFECTA SOBRETUDO A PACIENTES JOVENES EN PLENO DESAROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES. TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA DADO QUE ES UNA CAUSA RELEVANTE DE DISCAPACIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE .CONSOLIDAR UN SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE ESTOS PACIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE MONITORIZACION (CADA TRATAMIENTO PRECISA UNOS CONTROLES, DESDE ANALITICAS ORDINARIAS, RESONANCIAS MAGNETICAS PERIODICAS, DETERMINACION EN CENTROS EXTERNOS DE BIOMARCADORES)

MÉTODO
SESION CLINICA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS/CENTROS DE SALUD PARA CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE E INGRESO DE ESOS PACIENTES. SI EL DIAGNOSTICO ES AMBULATORIO, REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR EN HOSPITAL DE DIA DE FORMA MUY PREFERENTE CONSULTA DE DIAGNOSTICO EN MENOS DE UN MES CON INFORMACION DEL PROCESO AL PACIENTE RESPECTO AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS: HOJA INFORMATIVAS DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPEUTICAS, INCLUYENDO LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

INFORMACION DE MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO EDUCACION POR PARTE DE ENFERMERIA DE HOSPITAL DE DIA DE TRATAMIENTOS INYECTABLES CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANALITICAS RUTINARIAS EN LA INFUSION MENSUAL DE TRATAMIENTO INTRAVENOSOS. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACION SOBRE CUESTIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES EN EDAD FERTIL DERIVACION A CONSULTA DE FERTILIDAD EN CASO DE DESEO DE EMBARAZO DE CARA A MINIMIZAR EL TIEMPO SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE .PUESTA EN COMUN EN EL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE CASOS COMPLEJOS .CODIGO ESPECIFICO DE CITACIONES: 2.91 . TIEMPO DE CADA CONSULTA 30 MINUTOS REVISIONES SEGUN LA TERAPIA EN CURSO:QUINCENAL (6 PRIMEROS MESES DE AUBAGIO), MENSUAL (TYSABRI), TRIMESTRAL (ORALES), SEMESTRAL (INYECTABLES CON MAS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO) SOLICITUD REGLADA DE RM DE CONTROL DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD ANUAL EN TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA RM PREFERENTE ANTE LA SOSPECHA DE BROTE ENVIO SEMENSTRAL DE DETERMINACION DE AC PARA VJC EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TYSABRI ASISTENCIA POR PARTE DEL FACULTATIVO A LAS REUNIONES DEL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE, AL GRUPO DE ESTUDIO DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA.

INDICADORES

ENTEGRA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION A TODOS LOS PACIENTES Cuestionario de satisfacción de la consulta de Esclerosis múltiple * Centro y coordinación ¿Cómo valora, a nivel global, la consulta, las instalaciones y su coordinación? ¿Considera oportuno la frecuencia de visitas sucesivas? ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar en la sala de espera? * Atención y trato profesional ¿Cómo valora a nivel global la atención del/a profesional que le ha atendido? ¿Cómo valora la acogida que le proporcionó el/a profesional de auxiliar de Enfermería? ¿Cómo valora el tiempo que le dedicó? ¿Entendió las explicaciones que le dio sobre su enfermedad? ¿Entendió todo lo que el profesional le dijo que tenía que hacer? ¿Conoce el nombre de la persona que le atendió en la consulta? ¿Se ha sentido seguro/a con la atención proporcionada por el profesional? ¿Recomendaría esta consulta a otro paciente en su misma situación? * Necesidades y expectativas ¿Respondió el equipo de la consulta de esclerosis múltiple a sus necesidades y/o expectativas? ¿Cuáles eran sus necesidades respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? ¿Qué necesidades, cree usted, que no fueron cubiertas? ¿Cuáles eran sus expectativas respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? Si pudiera elegir, ¿iría de nuevo a este mismo profesional? *Oportunidades de mejora ¿Qué mejoraría de la consulta de Esclerosis múltiple? AUDITAR ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS NUEVOS, INICIOS DE TRATAMIENTOS, CAMBIOS DE LINEA DE TRATAMIENTO, EMBARAZOS,EFFECTOS SECUNDARIOS NO ESPERADOS EN FARMACOS NUEVOS.

DURACIÓN

LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE ESTA EN DESARROLLO DESDE SEPTIEMBRE DE 2015 ESTA PREVISTO INICIAR UN PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS PARA EL 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: 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 - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
BORAO BUISAN MARIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la puesta en marcha de la consulta específica de Esclerosis Múltiple del Hospital de Barbastro se ha ido realizado las siguientes acciones:

Sesiones Clínicas:

Intraservicio: dentro de la Unidad de Neurología, de actualización de aspectos relevantes en cuanto al diagnóstico y novedades terapéuticas, así como puesta en común de casos de interés.

En el servicio de Urgencias del Hospital: para aumentar el índice de sospecha de la enfermedad y realizar una derivación más eficaz a la consulta, así como para la agilización de pruebas complementarias. Esta actividad se ha realizado en dos sesiones.

En Hospital de Día: para la realización de pruebas para el diagnóstico (Punción lumbar, con la mayor celeridad), puesta al día de las novedades terapéuticas que se dispensan hospitalariamente en esta dependencia.

Entrega de material a los pacientes:

Hoja informativa de los nuevos tratamientos orales: con sus principales indicaciones y efectos secundarios, así como estrategias para solventarlos.

Información específica para mujeres en edad fértil (con una prevalencia importante en esta enfermedad): planificación del embarazo, (derivación directa a consulta de fertilidad, suspensión del tratamiento modificador de la enfermedad), teratogenicidad de los fármacos actuales, efecto sobre la anticoncepción, asesoramiento respecto al periodo de lactancia, etc...

Consulta específica con una periodicidad semanal (normalmente los jueves): con un tiempo de 30 minutos y con la asignación de un código específico 2.91 y citación periódica desde la consulta según. Memoria de casos nuevos, registro de cambios de línea de tratamiento, embarazos. Realización de informe médico cuando cambia alguna circunstancia del paciente o en su tratamiento.

Revisión periódica (según precise) de los requerimientos específicos de cada tratamiento: transaminasas quincenales en teriflunamida, AC para el Virus JC trimestral o semestralmente en laboratorio externo al hospital en tratamiento con Natalizumab, etc, RM de control a los 6 meses y al año de inicio de CADA tratamiento en todos los pacientes.

En hospital de día: infusión de tratamientos intravenosos, corticoides en los brotes, Natalizumab, Rituximab, Fingolimod via oral (con monitorización cardiaca durante 6 horas). Educación a los pacientes por parte de enfermería, revisión de analíticas previas a los tratamientos y seguimiento de posibles efectos secundarios. Educación al inicio de los tratamientos con interferones y acetato de glatiramerio inyectable (intramuscular o subcutáneo), realización de forma preferente /urgente de punciones lumbares.

Asistencia a grupos de referencia:

De forma periódica (según se convocan) reunión con el grupo aragonés de esclerosis múltiple en el Salud (Zaragoza), puesta en común de casos de difícil diagnóstico y manejo, realización de protocolos de actuación y posicionamiento terapéutico etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal objetivo era la organización reglada del seguimiento de pacientes de esclerosis múltiple por su especial complejidad, cada paciente precisa de una individualización específica de su enfermedad y tratamiento, eso conlleva que una mayor información y accesibilidad por parte del equipo asistencial acaba por minimizar el número de consultas extras, visitas a urgencias y atención primaria por posibles efectos adversos de medicación o dudas sobre sintomatología de la enfermedad etc...y una mejora en la calidad en la asistencia, ya que conoce a su médico de referencia que siempre es el mismo así como al equipo de enfermería.

Por otro lado la dedicación mas específica de unos facultativos a una patología concreta hace que tenga mayor formación y manejo sobre la enfermedad y sus tratamientos, con lo que aumenta la confianza de los pacientes y evita derivaciones innecesarias a centros de otros niveles para segundas opiniones.

También se aumenta el conocimiento de la enfermedad entre otros compañeros(de urgencias) y se aumenta su seguridad en el manejo a través de acciones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la calidad asistencial de forma significativa en estos pacientes y las citaciones periódicas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/528 ===== ***

Nº de registro: 0528

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, BORA O BUISAN MARIA FELISA, BUETAS AURE MARIA REYES, GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ESCLEROSIS MULTIPLE ES UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, ORIGEN AUTOINMUNE, CAUSA DESCONOCIDA Y SIN CURA . AFECTA SOBRETUDO A PACIENTES JOVENES EN PLENO DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES. TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA DADO QUE ES UNA CAUSA RELEVANTE DE DISCAPACIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE .CONSOLIDAR UN SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE ESTOS PACIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE MONITORIZACION (CADA TRATAMIENTO PRECISA UNOS CONTROLES, DESDE ANALITICAS ORDINARIAS, RESONANCIAS MAGNETICAS PERIODICAS, DETERMINACION EN CENTROS EXTERNOS DE BIOMARCADORES)

MÉTODO
SESION CLINICA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS/CENTROS DE SALUD PARA CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE E INGRESO DE ESOS PACIENTES. SI EL DIAGNOSTICO ES AMBULATORIO, REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR EN HOSPITAL DE DIA DE FORMA MUY PREFERENTE CONSULTA DE DIAGNOSTICO EN MENOS DE UN MES CON INFORMACION DEL PROCESO AL PACIENTE RESPECTO AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS: HOJA INFORMATIVAS DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPEUTICAS, INCLUYENDO LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS INFORMACION DE MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO EDUCACION POR PARTE DE ENFERMERIA DE HOSPITAL DE DIA DE TRATAMIENTOS INYECTABLES CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANALITICAS RUTINARIAS EN LA INFUSION MENSUAL DE TRATAMIENTO INTRAVENOSOS. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACION SOBRE CUESTIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES EN EDAD FERTIL DERIVACION A CONSULTA DE FERTILIDAD EN CASO DE DESEO DE EMBARAZO DE CARA A MINIMIZAR EL TIEMPO SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE .PUESTA EN COMUN EN EL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE CASOS COMPLEJOS .CODIGO ESPECIFICO DE CITACIONES: 2.91 . TIEMPO DE CADA CONSULTA 30 MINUTOS REVISIONES SEGUN LA TERAPIA EN CURSO: QUINCENAL (6 PRIMEROS MESES DE AUBAGIO), MENSUAL (TYSABRI), TRIMESTRAL (ORALES), SEMESTRAL (INYECTABLES CON MAS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO) SOLICITUD REGLADA DE RM DE CONTROL DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD ANUAL EN TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA RM PREFERENTE ANTE LA SOSPECHA DE BROTE ENVIO SEMENSTRAL DE DETERMINACION DE AC PARA VJC EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TYSABRI ASISTENCIA POR PARTE DEL FACULTATIVO A LAS REUNIONES DEL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE, AL GRUPO DE ESTUDIO DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA.

INDICADORES
ENTREGA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION A TODOS LOS PACIENTES Cuestionario de satisfacción de la consulta de Esclerosis múltiple * Centro y coordinación ¿Cómo valora, a nivel global, la consulta, las instalaciones y su coordinación? ¿Considera oportuno la frecuencia de visitas sucesivas? ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar en la sala de espera? * Atención y trato profesional ¿Cómo valora a nivel global la atención del/a profesional que le ha atendido? ¿Cómo valora la acogida que le proporcionó el/a profesional de auxiliar de Enfermería? ¿Cómo valora el tiempo que le dedicó? ¿Entendió las explicaciones que le dio sobre su enfermedad? ¿Entendió todo lo que el profesional le dijo que tenía que hacer? ¿Conoce el nombre de la persona que le atendió en la consulta? ¿Se ha sentido seguro/a con la atención proporcionada por el profesional? ¿Recomendaría esta consulta a otro paciente en su misma situación? * Necesidades y expectativas ¿Respondió el equipo de la consulta de esclerosis múltiple a sus necesidades y/o expectativas? ¿Cuáles eran sus necesidades respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? ¿Qué necesidades, cree usted, que no fueron cubiertas? ¿Cuáles eran sus expectativas respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? Si pudiera elegir, ¿iría de nuevo a este mismo profesional? *Oportunidades de mejora ¿Qué mejoraría de la consulta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Esclerosis múltiple?

AUDITAR ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS NUEVOS, INICIOS DE TRATAMIENTOS, CAMBIOS DE LINEA DE TRATAMIENTO, EMBARAZOS,EFECTOS SECUNDARIOS NO ESPERADOS EN FARMACOS NUEVOS.

DURACIÓN

LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE ESTA EN DESAROLLO DESDE SEPTIEMBRE DE 2015 ESTA PREVISTO INICIAR UN PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS PARA EL 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: 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 - 2016/0901

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE RAMON MILLAN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA
GARCIA SOLANS MERCEDES
PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
CASTELLAR OTIN ELENA
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenimiento de la consulta multidisciplinaria bi o trimensual de ELA integrada por unidades de neurología, neumología, geriatría (paliativos), trabajo social, rehabilitación, digestivo y nutricionista desde julio 2015 aunque se plasmó en proyecto oficialmente en octubre del 2016.
Se realiza valoración integral del paciente con diagnóstico de ELA en una única visita realizada por neurología, neumología (con realización de espirometría y valoración de necesidad de CPAP), test de disfagia, valoración por nutricionista, rehabilitación, trabajo social y unidad de paliativos con asistencia de las sucesivas necesidades originadas por la progresión de la enfermedad.
Se realiza en cada visita analítica general con perfil nutricional y gasometría arterial, una valoración integral neumológica y neurológica (escala ALSFRS-R, Yesavage) espirometría, y, de manera más individualizada en caso necesario: test de disfagia y valoración nutricional, valoración de necesidad de alimentación por PEG y valoración por rehabilitación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El mejor resultado alcanzado por el momento es que la unidad multidisciplinaria de ELA se haya mantenido funcionando, de manera regular, a pesar del cambio (por traslado) de más de la mitad del personal que inició el proyecto (oficialmente octubre 2016)
Pacientes por visita bi-trimestral: 4-6
Mortalidad y supervivencia. Número de terapias respiratorias instauradas (OTD, CPAP, BIPAP). Gastrostomías realizadas. Escalas de calidad de vida y satisfacción. Escalas de depresión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración positiva tanto por parte de pacientes como de personal sanitario. Dado la escasa prevalencia de la enfermedad y del bajo número de pacientes reclutados no es posible explorar más datos que los brutos totales. (mortalidad, terapias instauradas...) sin poder hacer una comparativa del número de ingresos hospitalarios o visitas a urgencias respecto al periodo previo a la creación de la consulta.
Aspectos pendientes:
Preparar documentación informativa adecuada para pacientes y familiares afectados de la enfermedad
Reclutamiento de logopeda y psicólogo/a para la unidad
Visita a unidad de ELA de referencia de otro centro nacional por parte del equipo asistencial como aprendizaje
Posibilidades de replicación alta; por escasa sobrecarga laboral (nula económica) que conlleva el proyecto así como la alta sensibilización por parte del personal sanitario hacia la enfermedad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/901 ===== ***

Nº de registro: 0901

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CALVO PEREZ LARA MARIA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, FERRER PARGADA DIEGO JOSE, GARCIA SOLANS MERCEDES, PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN, ZAMORA MUR ALFREDO, POLO ROYO MARCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0901

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa poco prevalente pero de gran complejidad por su manejo y pronóstico. Se manifiesta clínicamente por debilidad muscular progresiva generalizada, produciendo dificultades de movilidad y deambulación, lenguaje, alimentación y, posteriormente, dificultad respiratoria. Esto produce una importante discapacidad funcional y dependencia de asistencia de terceras personas o dispositivos como adaptaciones o ayudas técnicas. Además de la progresividad de la enfermedad conlleva que el paciente tenga que ir adaptándose constantemente a los cambios. La mejor manera de manejar los problemas derivados de la enfermedad y las diferentes decisiones médicas es a través de equipos multidisciplinares que abarquen todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo global en la atención de los enfermos de ELA es garantizar una asistencia con el nivel de especialización que requieran en cada momento, de acuerdo a la evolución de su enfermedad, mejorando la calidad en la asistencia de los pacientes con ELA. Seguimiento mas estrecho de la enfermedad, control clínico y analítico. Diagnóstico y tratamiento de forma precoz las posibles complicaciones de la enfermedad. Mejoría de comunicación entre todos los especialistas sobre cada paciente. Disminución de multiples desplazamientos del domicilio del paciente al centro hospitalario para visitas de cada especialistas por separado

MÉTODO
Seguimiento estrecho del paciente con ELA en nuestra área sanitaria con revisiones cada 90 días en una consulta multidisciplinar formada por Neurología, neumología, nutrición, rehabilitación, trabajo social, unidad de paliativos para abarcar todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

Estructura de la visita: Realización de gasometría arteria y analítica general. Seguirá primera valoración por neurología, a continuación se realizará espirometria y consulta por neumología. Posteriormente acudir a la consulta de la nutricionista y enfermera para realización de test de disfagia y por último, valoración por rehabilitación y psicología. Se solicita a lo largo de la evolución del paciente, colaboración por los servicio de paliativos y trabajo social. Al finalizar todas las consultas, el equipo multidisciplinar se reúne para comentar la valoración de cada paciente, la evolución que ha objetivado en cada area y la actitud terapéutica tomada

INDICADORES
Escala de satisfacción de pacientes y familiares.
Evaluación clínica con número de visitas/ingresos a urgencias, escalas de calidad de vida y supervivencia media
Seguimiento y recogida de indicadores trimestral

DURACIÓN
Consulta funcionante desde julio 2015 con progresiva de adhesión de nuevos servicios. Inicio oficial a partir de octubre 2016
Duración 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 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 - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
MINGUEZ SORIO JULIA
BELTRAN GIMENEZ ANTONIO
LOPEZ ALONSO BEGOÑA
VILCHEZ BRUNED ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología en 2017 (vía, complicaciones, estancia media y reingresos) y se han comparado con las del 2016. Recogida de datos de la Historia Clínica de cada paciente: 1 enero 2017- 31 diciembre 2017. Datos ya obtenidos del año 2016. Discusión y presentación del proyecto en reunión de servicio. Evaluación en mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica. Evaluación en diciembre 17 de los dos años del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Histerectomías realizadas en 2017:

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2017. En total fueron 83 histerectomías, la cual se excluye una paciente por ser una histerectomía no programada, una complicación post cesárea por atonia uterina. La vía abdominal se utilizó en un 58.53% de los casos y la vía vaginal en un 35.36% de los casos, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y solo un 6.09% por laparoscopia. La edad promedio de las pacientes en el caso de la histerectomía abdominal fue 52 años con edades extremas de 36-81 años y en el caso de la histerectomía vaginal la edad media fue 67 años con edad mínima de 41 y máxima de 83 años. Por laparoscopia la media fue 49 años con edades de 35-72 años.

Se detectó que el 31.9% de la cirugía programada se complicaban, en especial la cirugía abdominal que lo hacía hasta en un 35.4% y por la vía laparoscópica 40%. Las histerectomías vaginales se complicaban en un 24.9%. La complicación más frecuente fue la anemia: 28,04%, en las abdominales 33,33%, en las vaginales 20.68% y un 20% en laparoscopia; precisando transfusión el 8.5%, el 10.20% de la cirugía abdominal, un 3.44% de las vaginales y 20% laparoscopia, se perfundió hierro parenteral: 22.95% abdominal vs 13.79% vaginal y ninguno por laparoscopia. La segunda complicación fue la fiebre que se observó en 12.24% en las abdominales vs 6.89% de las vaginales y 20% laparoscopia.

La estancia media fue de 5 días para la histerectomía abdominal, de 3 días para la vaginal y de 5 días para la laparoscópica.

Salvo mayor porcentaje de reingreso, el resto de las variables estudiadas, la vía vaginal en comparación con vía abdominal es mejor, con menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebres y hematomas de cúpula) y menor estancia de media hospitalaria, por lo que es la mas indicada en casos de prolapso genital.

Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y tromboembólica.

Hubo una muerte súbita en el 7º día postoperatorio posible tromboembolismo pulmonar, una paciente con adenocarcinoma de endometrio, con varios factores de riesgo (obesidad, HTA, Insuficiencia venosas e insuficiencia cardiaca), la cual en el 4º día postoperatorio reintervención por evisceración intestinal. Debieron reingresar al hospital dos pacientes, un 2.4% del total de operadas. Los reingresos fueron por evisceración y otra por fiebre.

Análisis comparativo 2016 y 2017:

En el año 2017 se han intervenido quirúrgicamente de histerectomías programadas a 23 pacientes más que el año anterior (82 vs 59 pacientes en total). A pesar de ese aumento en el número de intervenciones, las complicaciones han disminuido en casi un 10%. La tasa de complicaciones de la histerectomía en 2017 (31.90%) comparando con del año 2016 (42.7%). Esto puede deberse a una plantilla de ginecología mas estable, mejores indicaciones, adecuado tratamiento médico y/o correcta evaluación prequirúrgica de las pacientes.

Además del 2016 al 2017 se ha disminuido la estancia media hospitalaria de 5.1 a 4.06 días, casi un día menos comparado con el año anterior. De la misma manera que la disminución del porcentaje de reingreso 8.47% vs 2.40%. En el 2016 la complicación mas frecuente era el hematoma de cúpula vaginal (34,81%) frente el 3.61% en 2017. En cambio en el 2017 la mayor complicación fue la anemia en un 36.14% vs 23.72%. Sin embargo menos porcentajes de otras complicaciones revisadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el 2017 la complicación mas frecuente después de una histerectomía programada fue la anemia (36.14%). La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

segunda complicación mas frecuente fue la fiebre en 10.84%.

Podemos afirmar que al comparar las complicaciones de las histerectomías vía abdominal (35.4%) versus vaginal (24,9%), la vía vaginal aporta menos complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación mas rápida. En cuanto a la vía laparoscópica, es difícil poder comparar los resultados, puesto que se han hecho pocos casos (5 pacientes) con complicaciones del 40% y mas días de estancia hospitalaria, sin embargo en la literatura describen beneficios en su uso. La vía vaginal asistida por laparoscopia sería una buena opción para poder empezar en casos que no fuera posible una vaginal pura.

METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
- Tratamiento con análogos GN-Rh o Acetato de Ulipristal para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente perdida de peso antes de cirugía.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación y complicaciones).
- Aumentar el número de indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia.
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

7. OBSERVACIONES.

Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado todas las anemias que requirieron hierro intravenoso y transfusión sanguínea, pero al considerar las anemias que necesitaron transfusión solamente era el 9.5%; de las cuales mas de la mitad de las pacientes (57%) tenían Hemoglobina prequirúrgica <12mg/dL. Merece aclarar que no hemos categorizado el riesgo quirúrgico agregado que tienen las pacientes por su patología de base, por ejemplo la obesidad, que conlleva mas dificultad en la técnica quirúrgica, mayores tiempos quirúrgicos y por lo tanto mayores complicaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/669 ===== ***

Nº de registro: 0669

Título
PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Autores:
GONZALEZ PEÑA CORALIA, NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ MEDEL JORGE, CALLEJAS REDONDO MARIA ESPERANZA, GISTAU FERRANDEZ MARIA JOSE, BALLARIN BUISAN SUSANA, LOPEZ ALONSO BEGOÑA, VILCHEZ BRUNED ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejorar las indicaciones en la actividad quirurgica. Facilitar la atención a las mujeres intervenidas.

PROBLEMA

A pesar de los progresos alcanzados, la cirugía ginecologica aun conlleva un alto porcentaje de complicaciones y este porcentaje sigue siendo mayor en la cirugía abdominal frente a la vaginal. Durante el año 2016, hemos revisado las histerectomías realizadas en el Servicio de ginecología de Barbastro y hemos observado una alta tasa de complicaciones (un 35%). La complicación más frecuente ha sido la anemia grave postoperatoria (un 29,4%) el síndrome febril (un 11,7%) y el hematoma de cúpula (un 14,7%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Las histerectomías abdominales se complican más que las vaginales.

La estancia media es de 5,4 días y el % de reingresos es del 8%.

Nos parece una tasa inaceptable de complicaciones, con una estancia media alta y se ha procedido a revisar todas las pacientes operadas en el año 2016, para valorar las indicaciones y buscar alternativas de mejora.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO:

La histerectomía por diferentes indicaciones constituye el 33% de la cirugía ginecológica realizada en nuestro servicio, siendo la miomatosis uterina sintomática la indicación más frecuente, seguida por los procesos neoplásicos y luego por los prolapsos genitales.

Se han realizado 27 Histerectomías abdominales y 7 Vaginales.

La vía abdominal se utilizó en un 82% de los casos y la vía vaginal en un 18% de los casos, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales.

La edad promedio de las pacientes es 55 años con edades extremas 36 y 83 años.

El promedio de estancia hospitalaria es de 5,4 días, mínimo 4 y la máxima 12 días.

Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y trombo embólica.

En cuanto a complicaciones encontramos un total de 35%:

Infección de orina: 2,9%

Infecciones de pared abdominal: 2,9%

Anemia postoperatoria: 29,4%, de las cuales el 80% requirieron hierro parenteral y ninguna transfusión postoperatoria (todas por protocolo tienen pruebas cruzadas realizadas y sangre en reserva)

Hematoma de cúpula: 14,7%, las cuales constituyen el 50% de las anemias antes referidas.

Hematoma pared: 2,9%

Síndrome febril: 11,7%

Lesiones intraabdominales: 0%

Complicaciones tromboembólicas: 0%.

Debieron reingresar al hospital un 8% del total de operadas, que equivale a un 21% de las pacientes que se presentaron complicaciones y la estancia promedio fue de 6,6 días.

Si analizamos la vía operatoria utilizada y las complicaciones, la vía vaginal se complica en un 28% de las veces y la abdominal en un 37%.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir el número total de complicaciones.

Disminuir las complicaciones por sangrado.

Disminuir la estancia media.

Disminuir el número de reingresos.

Disminuir la variabilidad clínica.

Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

MÉTODO

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión Clínica del Servicio antes de introducirlas en Lista de Espera Quirúrgica.

- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.

- Revisión de los casos clínicos 15 días previos a la IQ para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc).

- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.

- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.

- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación, complicaciones, EM, cirujano)

- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES

- Número de intervenciones realizadas en 2016-2017.

- Porcentaje de complicaciones.

- Tipo de complicaciones.

- Estancia media.

DURACIÓN

Recogida de datos: Octubre 16.

Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio: Noviembre 16.

Evaluación en Mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.

Recogida de variables durante 2017.

Evaluación en Diciembre 17 de los dos años del Proyecto.

OBSERVACIONES

La tasa de complicaciones en la cirugía más habitual de ginecología es elevada. Durante 2016, ha existido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

gran variabilidad de Facultativos en el Servicio y eso ha podido condicionar los resultados, esperamos que con mayor estabilidad e implicación de los médicos en la actividad y la revisión de los casos complicados se pueda conseguir revertir la situación.

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 - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
MILLANES GALLINAT PATRICIA
ARIÑO BAILO VANESA
SATUE SALAMERO ELOISA
LABRADOR SARRAU MANUELA
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Consideramos que el acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer y la finalidad de la atención contraceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.

En mayo de 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, participando 3 profesionales de nuestro Sector en el grupo de trabajo (Dr. Martínez Medell; Dra Aragón y Patricia Millanes). En el Sector Barbastro hemos considerado necesario, trabajar conjuntamente con las matronas de Atención Primaria, para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y facilitar la accesibilidad a las consultas de especialista, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.

Se realizó la presentación del Protocolo Autonómico en el Servicio de Ginecología y además se reunió a las matronas de Atención Primaria para informar de las novedades.

Se realizó también un curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de 9 horas lectivas en Hospital de Barbastro el día 29/09/2016 con título: Actualización en anticoncepción de bajo riesgo en Atención Primaria.

Se asistió al taller impartido por la SEC para formadores en Zaragoza el día 19/04/2017.

La Dra. Aragón impartió un Taller práctico acreditado por la SEC para inserción y retirada de implantes el día 14 de Noviembre de 2017 de 5 horas de duración.

Se elaboró una base de datos mediante el programa Excel para recogida de datos en Centro de Especialidades Fraga. Se hizo hincapié en la información en planta de maternidad a las mujeres en el puerperio inmediato de los métodos anticonceptivos de larga evolución existentes. Si se trataban de pacientes de riesgo, se les facilitó la cita en consulta especializada al alta postparto. En 2015, iniciamos un Plan de Mejora y se observó que de las mujeres informadas durante la hospitalización, sólo un 8% acudían a la instauración de métodos seguros.

Desde finales del 2015, en algunos centros de Primaria, se ha comenzado a insertar los implantes subdérmicos en las consultas de las matronas. Pensamos que este paso va a favorecer la instauración del método y asegurar el seguimiento de las mujeres, a la vez que puede disminuir las derivaciones a Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2016 se atendieron 18 Nacionalidades diferentes en nuestras consultas y en 2017 unas 20.

En la Consulta de Fraga se estudiaron 104 pacientes en el año 2016, de ellas 64 fueron españolas (61.5%) y 40 extranjeras. De las atendidas, 22 habían tenido IVEs (interrupción voluntaria del embarazo) previas (21.15%) y 10 de éstas tenían más de una IVE.

En 2017 fueron estudiadas 127 mujeres, 63 españolas (49.6%) y 64 extranjeras. 34 mujeres (26.7%) tenían antecedentes de IVE previa y 17 más de una IVE.

El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 en el año 2016 a 164 en 2017. Su uso se ha incrementado en un 321% en el último año, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias.

El número de implantes en las consultas en zonas alejadas del hospital (Aínsa, Castejón, Lafortunada, Tamarite y Benabarre) también se ha incrementado, pasando de 20 en 2016, a 33 en 2017.

En Atención Especializada se han colocado en 2017 solamente 21 implantes anticonceptivos. Aunque la retirada de los mismos se sigue haciendo en la Consulta de Ginecología.

En 2016 se colocaron 9 implantes en urgencias de ginecología, a mujeres en riesgo de exclusión para facilitarles el acceso al método. En 2017 sólo se ha insertado uno ya que la incorporación de las matronas a esta actividad facilita la captación de grupos de riesgo y la inserción de métodos seguros sin demora dependiente de la consulta de ginecología. Respecto a los DIUS insertos en Urgencias, se han insertado 17 en 2016 y 11 en 2017, en general al mismo tipo de población.

La inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) también se ha elevado durante los últimos años. La colocación del mismo se realiza exclusivamente por el especialista de Ginecología.

Se pusieron 85 DIU no farmacológicos en 2016 y 93 en el año 2017.

El DIU Jaidess® sigue encontrando dificultades para su instauración, quizá por falta de hábito y por falta de información en población joven nulípara. Se han colocado 9 en todo el Sector. Consideramos que puede tener utilidad en las jóvenes como método anticonceptivo y como tratamiento de dismenorreas y otras patologías.

El DIU Mirena® en 2016 se colocó en 135 casos y en 2017 en 175. Se ha incrementado también su inserción un 40 casos (29,6%).

En total se insertaron en consulta de ginecología 352 métodos de larga duración en 2016 y en 2017 se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

colocaron 322.

La demora en Consultas de Planificación familiar también ha mejorado en el último año. En Diciembre de 2016 teníamos una demora media de más de 90 días para atender la inserción de métodos y en 2017 disminuyó a 29 días. Ello es debido a la realización de consultas extraordinarias y a la disminución de demanda por anticoncepción de bajo riesgo que la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la muestra recogida en 2015, observamos que el implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes y consideramos importante organizar un circuito asistencial desde el hospital en el posparto inmediato, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora. El implante anticonceptivo como método de larga duración, es seguro y su eficacia no depende de la usuaria. La instauración del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital. El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, disminuye la presión asistencial y la demora para poder instaurar los métodos LARC seguros y con alta eficacia. También observamos, el porcentaje de mujeres embarazadas extranjeras en la consulta de Fraga en 2015 fue del 52,6%, en 2016 un 51,2% y un 44% en 2017 y este colectivo, es especialmente vulnerable ya que el 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE (interrupción voluntaria del embarazo) en Fraga, fueron extranjeras. La dificultad idiomática y de accesibilidad en este grupo es importante y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad.

7. OBSERVACIONES.

Es imprescindible el trabajo conjunto del especialista con enfermería del Hospital y matronas de Atención Primaria. De esta forma se puede captar a mujeres en riesgo de exclusión durante el ingreso hospitalario o en la revisión posparto y facilita la accesibilidad a un método contraceptivo seguro. La nueva incorporación del personal de Atención Primaria en la inserción de los implantes subdérmicos y en la anticoncepción de bajo riesgo ha disminuido la demora en las Consultas de Ginecología y por consiguiente ha beneficiado a la usuaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/671 ===== ***

Nº de registro: 0671

Título
ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCO SERRANO CARLOS, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, MARTINEZ MEDEL JORGE, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ARIÑO BAILO VANESA, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA, LABRADOR SARRAU MANUELA, COSTA MENEN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Facilitar la información en anticoncepción a las mujeres que lo deseen, de forma preferente a las mujeres con patología o problemática social.

PROBLEMA
Consideramos que el acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer y la finalidad de la atención contraceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.
En mayo del 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón y en el Sector Barbastro hemos considerado necesario, trabajar conjuntamente con las matronas de Atención Primaria, esta Estrategia para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y facilitar la accesibilidad a las consultas de especialista, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.
Ya en 2015, iniciamos un Plan de Mejora, ginecólogos, matronas y enfermería, para informar a las mujeres en el puerperio inmediato en planta de hospitalización y programarles las citas en consultas de ginecología, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

inserción de métodos de larga duración (DIUS e Implantes hormonales) el día del alta. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos seguros.
En la muestra recogida en 2015, observamos que el implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes y consideramos importante organizar un circuito asistencial desde el hospital en el postparto inmediato, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora. Desde finales del 2015, en algunos centros de Primaria, se ha comenzado a insertar los implantes subdérmicos en las consultas de las matronas, pensamos que este paso va a favorecer la instauración de métodos seguros y asegurar el seguimiento de las mujeres, a la vez que puede disminuir las derivaciones a Atención Especializada.
También observamos, el porcentaje de mujeres embarazadas extranjeras en la consulta de Fraga en 2015 fue del 52,6% y este colectivo, es especialmente vulnerable ya que el 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras. La dificultad idiomática y de accesibilidad en este grupo es importante y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El Objetivo general.

Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos.

- Informar sobre anticoncepción a las mujeres en el puerperio inmediato.
- Facilitarles información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en consulta especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO

Informar a las púerperas antes del alta hospitalaria de las medidas preventivas en anticoncepción por la matrona de planta.

Folleto escrito informativo y traducido.

Citar a la paciente en las consultas de especialistas para la inserción de métodos al alta hospitalaria por la secretaria de planta.

Dar los Consentimientos Informados al alta para facilitar la atención en consulta por la matrona de puerperios.

Informar y dar los Consentimientos Informados por la matrona de Primaria cuando la paciente solicita DIUs.

Inserción de Implantes subdérmicos por las matronas de Primaria.

Control y monitorización mediante base de datos de los métodos instaurados.

INDICADORES

Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de púerperas.

Número de DIUS insertos en consulta.

Número de implantes subdérmicos puestos por las matronas de Atención Primaria.

Número de mujeres extranjeras que acuden a inserción de métodos de larga duración.

DURACIÓN

3 años.

De Junio a Julio: Diseño del Proyecto. Diseño de excell para recogida de datos.

Crear consulta de enfermería para inserción de implantes subdérmicos.

Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 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 - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN MIHAELA MIGDAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ONCINS TORRES ROSA
TUDOR MADUTA
FRANCO SERRANO CARLOS
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
LOPEZ BONILLA AGUSTIN
GUARDIA DODORICO LORENA
GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del virus del Papiloma Humano (HPV). La prevalencia de infección del HPV en España está entre 10 y 12%, siendo mayor en mujeres jóvenes y en el 90% de los casos se resuelve sin producir lesión. Si persiste la infección por HPV, hay riesgo de desarrollar CCU. En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de infección por HPV en mayores de 30 años es del 9%.

Según datos de 2012 a 2014 la prevalencia del HPV en atención Primaria es de 8,3%, del total de HPV positivos, un 23,5% eran genotipo 16; un 6,5% del 18 y el 70% de otros. Los genotipos 16 y 18 tiene tres veces más riesgo para la progresión a CIN3. En 2016 la prevalencia de VPH en el Sector Barbastro es de 9,36%.

En el Protocolo de cribado del Sector, se realiza la determinación del virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres positivas para el virus con lesiones de bajo grado (ASC-US, LSIL).

Existen biomarcadores detectables con técnicas inmunohistoquímicas y pueden evaluarse en un examen citológico. La tinción dual (CINtec® PLUS) dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año. Esta prueba, con bajo coste y sencilla interpretación, permite optimizar los recursos al evitar colposcopias innecesarias.

La utilización de la doble tinción en el diagnóstico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.

La disminución de consultas de los especialistas en el CCU y el control con seguridad en Atención Primaria es un objetivo prioritario que disminuye los costes del Programa sin perder sensibilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Periodo de estudio 1 de enero del 2017 hasta 31 de octubre 2017.

Se han realizado 3879 muestras de cribado y 3195 HPV. De ellas 181 citologías han sido ASCUS/ LSIL.

A las mujeres HPV positivas con lesiones ASCUS/ LSIL se les ha remitido a colposcopia. La media de edad de las pacientes fue de 41 años (SD 10). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue de 4,6%.

Se han realizado en total 119 pruebas de tinción dual (CINtec® PLUS) en lesiones ASCUS, LSIL y también en algunas citologías de alto riesgo (HSIL, ASC-H) y en citologías normales con VPH positivo.

Del total de tinciones duales (CINtec® PLUS) en lesiones ASCUS/LSIL 20 (22, 9 %) son positivas y 67 (77,1 %) son negativas. Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec® PLUS, 51 son ASC-US y 36 son LSIL. Los CINtec® PLUS negativos equivalen a colposcopias evitadas.

De las citologías ASCUS: 9 (17,6%) son CINtec positivos y 42 (82,3%) son CINtec negativos.

De las citologías LSIL: 11(30,5%) son CINtec positivos, 25 (69,4%) son CINtec negativos.

Un 82,3 % (42) de los ASC-US y un 69,4% (25) de los LSIL son CINtec NEGATIVOS y se pueden controlar en Atención Primaria.

Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto, de las 20 con tinción dual (CINtec) positivas, tenemos resultado de biopsia en 16 casos: 10 resultaron ser benignas, 3 resultaron CIN 1 y 3 casos resultaron CIN 2-3. En los 4 casos restantes no se realizó biopsia.

MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Recogida de datos con el número de CINtec realizados.

Sesión del Servicio para valorar resultados.

Reunión con las matronas de Primaria.

Informatizar la consulta de patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales.

INDICADORES: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Cobertura programa screening. En 2016 73,9%.

Nº de CIN3 diagnosticados: 55

Nº de ASC-US/ LSIL: 87

Nº de test positivos de HPV en. 2016: 408 (11,8%)

Nº de colposcopias: 500

Porcentaje de lesiones que progresan: Un 37% de las biopsias se encuentra lesión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Enero 2017 a Octubre 2017 Recogida datos en Anatomía Patológica.
Diciembre evaluación del Proyecto y conclusiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivo.
Disminuir la iatrogenia en mujeres con poco riesgo de enfermar.
Facilitar el acceso a la consulta de patología cervical de las mujeres con riesgo de lesión.
Aumentar la seguridad en las mujeres portadoras del HPV y lesiones de bajo grado con poco riesgo de progresión.
Control de calidad del cribado realizado.

7. OBSERVACIONES.

La tinción dual añade eficacia al triage con citología. Las mujeres CINTec POSITIVAS precisan control estricto ya que un 80% presentarán lesión colposcópica, mientras que para las mujeres CINTec NEGATIVAS la sensibilidad es similar a la colposcopia negativa, más objetiva y por lo tanto aporta mayor seguridad a las pacientes que se pueden controlar al año.
Evitar colposcopias innecesarias supone menor ansiedad e incomodidad en las pacientes, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y la iatrogenia en mujeres de bajo riesgo.
También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/780 ===== ***

Nº de registro: 0780

Título
EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

Autores:
MIGDAN CARMEN MIHAELA, COMES GARCIA MARIA DOLORES, ONCINS TORRES ROSA, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, MADUTA TUDOR, GUARDIA DODORICO LORENA, MARTINEZ MEDEL JORGE, CAMPO BRATO MARIA PILAR JUDITH

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes del programa de cribado de cáncer de cérvix.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Potenciar las mediadas preventivas en Cancer Cuello Uterino.

PROBLEMA

El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del virus del Papiloma Humano (HPV). La prevalencia de infección del HPV en España está entre 10 y 12%, siendo mayor en mujeres jóvenes y en el 90% de los casos se resuelve sin producir lesión. Si persiste la infección por HPV, hay riesgo de desarrollar CCU. En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de infección por HPV en mayores de 30 años es del 9%. Según datos de 2012 del total de HPV positivos, un 23,5% eran genotipo 16; un 6,5% del 18 y el 70% de otros. Los genotipos 16 y 18 tiene tres veces más riesgo para la progresión a CIN3. En el nuevo Protocolo de cribado del Sector, se realiza la determinación del virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres positivas para el virus con lesiones de bajo grado (ASC-US, LSIL). Existen biomarcadores detectables con técnicas inmunohistoquímicas y pueden evaluarse en un examen citológico. La tinción dual (CINTec plus) detecta dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año.

Esta prueba, con bajo coste y sencilla interpretación, permite optimizar los recursos al evitar colposcopias innecesarias.

La utilización de la doble tinción dual en el diagnóstico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.

La disminución de consultas de los especialistas en el CCU y el control con seguridad en Atención Primaria es un objetivo prioritario que disminuye los costes del Programa sin perder sensibilidad.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

Periodo de estudio 1 de mayo del 2015 hasta 30 de abril 2016.

Se han realizado 1934 citologías ginecológicas y 3284 HPV. De ellas 185 citologías han sido ASCUS/ LSIL. A las mujeres HPV positivas con lesiones ASCUS/ LSIL se han remitido a colposcopia. La media de edad de las pacientes es 39,05 años (SD 11,21). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue 9,6%.

Se han realizado 94 pruebas de tinciones duales (CINtec).

Del total de tinciones duales (CINtec) 33 (35,1%) son positivas y 60 (63,8%) son negativas, sólo un caso (1,1%) fue no valorable.

Los CINtec negativos equivalen a colposcopias evitadas.

Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec Plus, 58 son ASC-US y 36 son LSIL.

De las citologías ASCUS: 19 (32,8%) son CINtec positivos y 39 (67,2%) son CINtec negativos.

De las citologías LSIL: 14(38,9%) son CINtec positivos, 21 (58,3%) son CINtec negativos y un caso (2,8%) no es valorable.

Un 67,24% (39) de los ASC-US y un 55,55% (21) de los LSIL son CINtec NEGATIVOS y se pueden controlar en Atención Primaria.

Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto, de las 33 tinciones duales (CINtec) positivas, tenemos resultado de biopsia en 18 casos: 7 resultaron ser benignos, 9 resultaron CIN 1 y 2 casos resultaron CIN 3. En los 15 casos restantes no se realizó biopsia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
- Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivo.
- Disminuir la iatrogenia en mujeres con poco riesgo de enfermar.
- Facilitar el acceso a la consulta de patología cervical de las mujeres con riesgo de lesión.
- Aumentar la seguridad en las mujeres portadoras del HPV y lesiones de bajo grado con poco riesgo de progresión.
- Control de calidad del cribado realizado.

MÉTODO

- Recogida de datos con el número de CINtec realizados.
- Sesión del Servicio para valorar resultados.
- Reunión con las matronas de Primaria.
- Informatizar la consulta de patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales.

INDICADORES

- Cobertura programa screening.
- N° de CIN3 diagnosticados.
- N° de ASC-US.
- N° de LSIL.
- N° de test positivos de HPV.
- N° de colposcopias.
- Porcentaje de lesiones que progresan.

DURACIÓN

- Junio 2015:
*Presentación del Protocolo.
- Desde Junio a Diciembre recogida de datos en Anatomía Patológica.
- Noviembre 2016:
*Evaluación del Proyecto

OBSERVACIONES

- La tinción dual añade eficacia al triage con citología.
- Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto ya que más de un 50 % presentaran lesión colposcópica, mientras que para las mujeres CINtec NEGATIVAS la sensibilidad es similar a la colposcopia negativa, más objetiva y por lo tanto aporta mayor seguridad a las pacientes que se pueden controlar al año.
- Evitar colposcopias innecesarias supone menor ansiedad e incomodidad en las pacientes, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y la iatrogenia en mujeres de bajo riesgo.
- También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

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 - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MADUTA TUDOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LASHERAS ANA JULIA
MIGDAN CARMEN MIHAELA
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
CAMPO BROTO MARIA PILAR
SALINAS ALTEMIR ANA ROSA
SABES SOLANO ESTER
GRASA CORTINA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2014 comenzamos un proyecto de calidad que culminó con la realización de los primeros tests de Diagnóstico Prenatal No invasivo (DPNI o NIPT en sus siglas en inglés) en el hospital de Barbastro en marzo de 2015. Desde ese momento nos pusimos en contacto con el resto de hospitales de Aragón para poner en marcha un Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que conllevara la extensión del DPNI a toda la Comunidad Autónoma. En 2015 se llevaron a cabo dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre. En estas reuniones se terminó de perfilar el Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año. En el servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro se realizó una sesión informativa sobre el tema en mayo de 2015, otra el 22 de diciembre de 2015. En una sesión conjunta con Análisis Clínicos en enero de 2016 se informaron a los miembros de los dos servicios de los cambios en el protocolo. Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI (pacientes con riesgo intermedio en el cribado combinado de primer trimestre, definidas como riesgo 1/301-1/1000 tras reevaluación con marcadores ecográficos), se revisó el anterior protocolo de cromosopatías del Hospital de Barbastro y desde enero de 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo intermedio hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado. Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón (en anexo 1). Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (anexo 2). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n3/art06.pdf>

En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.

En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. En noviembre 2017 se empieza a calcular el riesgo de aneuploidias y entregar el resultado del Cribado del 1er trimestre en el momento de realizar la ecografía (11-13,6 semanas) con la ayuda del programa informático instalado en la consulta, evitándose de esta forma esperas innecesarias y acortándose el tiempo entre el screening y las prueba de diagnostico de alto valor predictivo (DPNI) y/o diagnostico de de certeza (Biopsia corial / amniocentesis).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados cribado diagnostico prenatal 2016.

Numero de cribados primer trimestre: 728
Número de cribados segundo trimestre: 55
Total cribados: 783.
Mujeres sin cribado: 5 por control tardío

El 93% de las embarazadas acuden dentro del primer trimestre para realizar el cribado de cromosopatías.

Test DNA fetal realizados: 120, lo que supone un 15,32% de las mujeres cribadas.

DNA fetal positivo: 1 .Confirmado por amniocentesis se obtuvo una T21 en mujer de 36 años con un riesgo intermedio de 1/300.

Amniocentesis realizadas en 2016: 14 un 2,3% de los partos atendidos.

Diagnosticos:
- T21 dos. (edad de 35 años y 36 años)
-T14. Edad 36 años ADN positivo
-T18 Edad 44 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Ningún falso negativo. Índice de detección de cromosopatías 100%.

Resultados cribado diagnostico Prenatal 2017

Número de cribados realizados: 833

- 784 cribados de primer trimestre, 116 han resultado positivos (14,79%)

- 49 cribados de II trimestre con 16 positivos (32,65%).

Se indican 132 ADN fetal según los resultados de los cribados (15,84%).

Se realizan 135 ADN fetal totales.

-Indicación del DNA:

-115 provienen del cribado del primer trimestre 85,18 %

- 13 del cribado del segundo trimestre 9,62%

- 7 sin cribado (captación tardía, edad materna) 5,18 %

- ADN fetal positivos: 3 (1 sin cribado + 2 del cribado del I trim)

- 2,22% de los cuales 2 cariotipos positivos y uno negativo

- falso positivo : 1-0,74% de los ADN fetal realizados

- falso negativo : 0

Numero de cariotipos indicados: 18 (2,16 % de todos los cribados) de los cuales:

Número de amniocentesis indicadas en 2017 : 11

- realizadas : 11 - (1,32% de los cribados realizados)

- 6 indicadas por cribado / ADN fetal (0,72%) + 5 sonografía genética

- 2 amniocentesis : T21

Numero de Biopsias coriales indicadas : 7 (0,84 % de todos los cribados, 0,89 % de los de I trim):

- indicadas : 7

- realizadas : 5

- 2 revocan el procedimiento

- Positivas : 3

- 2 biopsias coriales : T21

- 1 biopsia corial : T18

Se realizan 2 biopsias coriales por TN aumentada (una con un cribado para T21 R muy alto 1:1), las 2 con diagnostico de T21 .

Las biopsias coriales se realizan en el Hospital de referencia .

INDICADORES DE LOS DEFINIDOS EN EL PROYECTO QUE FACILITEN SU EVALUACIÓN INTERMEDIA

Número de cribados combinados positivos: En 2016 se han realizado 709 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).

En 2017: Número de cribados primer trimestre 784, (14,79%) positivos.

Número de estudios de ADN fetal realizados: En 2016 fueron 120 (15,32%). En 2017 son 135 (16,20%) de los cribados realizados

Tasa de detección de cromosopatías: En 2016 fue del 100% y también en 2017.

Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 en 2016 y 1 falso positivo en 2017 una tasa de 0,75% de los ADN realizados.

Número de amniocentesis: En 2016 se realizaron 14 . En 2017 11 amniocentesis y 5 biopsias coriales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El control de calidad realizado en Diagnostico Prenatal y la implementación de nuevas técnicas de cribado (en 2008 el cribado de primer trimestre y en Julio 2014 el DNA fetal en sangre materna) nos ha permitido pasar de realizar 194 amniocentesis en 2005 a 14 en 2016, y a 11 amniocentesis y 5 biopsias coriales en 2017 con una tasa cero de falsos negativos en los dos últimos años y solo 1 falso negativo en 2013. esto ha permitido disminuir la ansiedad materna y las pérdidas fetales por las pruebas invasivas no adecuadas a protocolo.

7. OBSERVACIONES.

La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015, disminuyó el número de amniocentesis en un 45%. Solo el 2,4% de los partos fueron sometidos a esta técnica.

En 2016 se realizaron solo 14 amniocentesis lo que supone un 1,7% de los cribados realizados. En 2017 se realizaron 16 procedimientos invasivos (1,9%) la implementación del DNA fetal ha permitido ofrecer un cribado de calidad y seguro a las mujeres y evitar pruebas invasivas que implicaban una mortalidad fetal del 2% .

Con la introducción de la ADN fetal se sigue manteniendo una tasa tasa muy baja de amniocentesis,1,32% de los cribados y con la realización de las biopsias coriales en el hospital de referencia se consigue un diagnostico precoz de las aneuploidias .

En el año 2017 se ha realizado una amniocentesis por ausencia de cribado y edad materna, según el protocolo de detección de aneuploidias .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/922 ===== ***

Nº de registro: 0922

Título
SEGUNDO AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores:
MADUTA TUDOR, NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, MIGDAN CARMEN MIHAELA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, TAPIA LANUZA AMADO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
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
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI se revisó el anterior protocolo de cromosopatías del Hospital de Barbastro y desde enero 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo de 1/51 hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón (en anexo 1).
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (anexo 2).
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n3/art06.pdf>

En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. Está previsto realizar el riesgo en la segunda visita de embarazo por parte del mismo ginecólogo con el fin de informar lo antes posible a las pacientes y evitar una visita de control de embarazo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Número de cribados combinados positivos: se han realizado hasta la fecha 775 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
Tasa de detección de cromosopatías: 100% hasta la fecha.
Número de estudios de ADN fetal realizados: 40 desde marzo, todos ellos negativos.
• NIPTs Marzo a Diciembre: 40
• Indicadas por cribado 36, realizadas 35
• 4.6 % del total de 775 cribados
• Todas de bajo riesgo.
Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 hasta la fecha.
Número de amniocentesis: 13 hasta la fecha.
• 15 indicadas por cribado: realizadas 12, 2 indicadas antes de iniciar NIPTs)
• 1.9 % del total de 775 cribados
• 2 amniocentesis : T21
• 1 amniocentesis : T 18

En el año 2015 sólo se ha realizado una amniocentesis por edad materna.

De las cinco amniocentesis realizadas por translucencia nucal aumentada (todas ellas con screening de alto riesgo), una fue trisomía 21, lo que supone el 50% de las cromosopatías graves diagnosticadas. La otra cromosopatía grave se diagnosticó por el screening bioquímico de primer trimestre, aunque la TN a las 13s estaba cerca del P90 y no se había realizado ecografía a las 11-12s.

Amniocentesis por ansiedad materna= 0

Screening de primer trimestre (+) > 1/300= 15, dos de ellas se pierden en el seguimiento.
Total de cribados realizados= 775

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

-De primer trimestre= 734, de ellos 45(+)
-De segundo trimestre= 41, de ellos 4 (+) y NIPT los 4.
Estudio de ADN fetal en sangre materna= 40, indicados por el cribado 36.
NIPT (+)= 0
FN del NIPT=0 (a fecha de hoy)

RESULTADOS ESPERADOS

- Poner en marcha un Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que conllevara la extensión del DPNI a toda la Comunidad Autónoma.
- No realizar pruebas invasivas por ansiedad materna.
- No realizar pruebas invasivas por edad materna.
- Disminuir pruebas invasivas (amniocentesis).
- Introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP del cribado combinado.

MÉTODO

En 2015 se llevaron a cabo dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre. En estas reuniones se terminó de perfilar el Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

INDICADORES

- Número de cribados combinados positivos.
- Tasa de detección de cromosomopatías.
- Número de estudios de ADN fetal realizados (NIPT).
- Número de Amniocentesis realizadas.

DURACIÓN

Marzo 2015. Presentación del Protocolo.
Desde Marzo a Diciembre recogida de datos con colaboracion del Servicio de Analisis Clinicos.
Noviembre 2016 Evaluación del Proyecto

OBSERVACIONES

La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015 ha disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.
Desde la introducción del screening bioquímico de primer trimestre de forma universal y la erradicación de los criterios "ansiedad" y "edad materna" para indicación de amniocentesis, el número de amniocentesis fue disminuyendo progresivamente. Puesto que la indicación más frecuente de amniocentesis es el cribado bioquímico (+), la introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP de éste, ha ayudado a acercar la amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1782

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHARRO CALVILLO MARA
ONCINS TORRES ROSA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
PUJALA TORRALBA MARTA
AURED DE LA SERNA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ELABORACIÓN DE UN FLUJO BASICO DE ACTUACIÓN Y REPARTO DE TEMAS Y TAREAS ENTRE LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES ENCARGADAS.
REGISTRO DE TODOS LOS PACIENTES QUE PASAN POR EL COMITE DE TUMORES Y ESTABLECIMIENTO DE CIRCUITOS Y TIEMPOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CADA ESPECIALIDAD ELABORARÁ SUS PROPIAS RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE GUIAS NACIONALES/ INTERNACIONALES Y SE ADECUARÁN AL FUNCIONAMIENTO DE NUESTRO HOSPITAL (PROCESO EN CURSO)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TRABAJO DE TODAS LAS ESPECIALIDADES DE FORMA CONJUNTA EN TORNO A UN PROCESO.
ADECUACIÓN D EPROCEDIMIENTOS, CIRCUITOS Y TIEMPOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE ASITENCIA A LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS DIGESTIVAS (EN CURSO)

7. OBSERVACIONES.

NINGUNA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1782 ===== ***

Nº de registro: 1782

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DLE FLUJO DE ACTUACION

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, ONCINS TORRES ROSA, PALLARES SEGURA LUIS, PUJALA TORRALBA MARTA, AURED DE LA SERNA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de adecuar un circuito diagnóstico-terapéutico para los pacientes con neoplasias digestivas. Protocolizar la actuación d etodos los servicios implicados y agilizar el proceso

RESULTADOS ESPERADOS

crear un cicuito de diagnóstico-terapútico rápido, y generar un protocolo de actuación que asegure los precedimientos de acuerdp cn recomendaciones nacionales / internacionale sy guías clínicas

MÉTODO

Se va a generar un documento conjunto, elaborado por todos los servicios implicados, que asegure el circuito diagnóstico terapéutico d elos pacientes con neoplasias digestivas en nuestro hospital y los acerque a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1782

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION

estandares recomendados

INDICADORES

Se registrarán todos los casos que pasen por el comite de tumores, con monitorización d etiempos y resultados

DURACIÓN

se creará el protocolo a lo largo dle ejercicio 2017-2018

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 - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA
BERNAT GILI ANTONIO
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
REY PORCA CARLOS
MARTINEZ RUIZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre servicio, acuerdo de proceso, formularios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de acuerdos, formulación de formularios de interconsultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejoría de la interrelación entre ambos servicios, rentabilidad en el proceso de interconsulta entre servicios, Siendo precisa completar el proyecto para recoger las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/86 ===== ***

Nº de registro: 0086

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA, BERNAT GILI ANTONIO, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN, REY PORCA CARLOS, MARTINEZ RUIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años se ha hablado mucho sobre los posibles efectos adversos de los corticoides intranasales, en cuanto a su capacidad para retrasar el crecimiento en la infancia, inducir el desarrollo de osteoporosis, poder inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o favorecer el desarrollo de cataratas o glaucoma. El glaucoma representa un grupo de enfermedades oculares con una tríada característica de: elevación de la presión intraocular (PIO), daño del nervio óptico y pérdida de campo visual. El aumento de la PIO en pacientes susceptibles causa daño directo al nervio óptico y puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata. El glaucoma es la segunda causa de disminución de visión y la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. Varios estudios han demostrado aumento de la presión intraocular, siendo esto mas susceptibles en pacientes glaucomatosos, familiares de primera línea y los que reciben altas dosis y/o tratamiento prolongados, como es el caso de los pacientes con rinitis y poliposis nasosinusal en los cuales el tratamiento con corticoides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

tópico nasal es imprescindible y de larga duración.

RESULTADOS ESPERADOS

Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con lo que se espera conseguir protocolizar el flujo de pacientes entre los servicios y cuantificar los niveles de presión intraocular que presenten los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con el fin de evitar elevaciones patológicas que puedan ocasionar lesión de nervio optico y perdida irreversible de la visión.

MÉTODO

Formalizar y protocolizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Oftalmología para favorecer una adecuada comunicación e interacción entre servicios de los pacientes en tratamiento con corticoides tópicos nasales, con el fin de medir posibles variaciones patológicas de la presión intraocular y lograr una correcta intervención temprana si así se precisa. Además se insistirá en identificar los pacientes susceptibles a incrementos de presión por presencia de factores de riesgos de glaucoma. Se realizara un registro de los pacientes remitidos para medición de la presión, quedando esto además registrada en la historia clínica.

INDICADORES

Protocolos, formularios y bases de datos realizadas y estandarizadas para favorecer el flujo adecuado de pacientes entre los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Número de pacientes identificados con posibles factores de riesgo para el incremento de la presión intraocular.

Cuantificación del número de pacientes en tratamiento con corticoides nasales remitidos por el servicio de Otorrinolaringología al servicio de Oflamología.

Cuantificación de pacientes en tratamiento con corticoides nasales que presentan incremento de la presión intraocular y con esto riesgo de glaucoma y perdida de campo visual.

DURACIÓN

Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 2016 se llevara a cavo por parte de los servicios de Otorrinolaringología y oftalmología la organización, protocolización y validación de los formularios necesarios en el referimiento, evaluación y seguimiento de los pacientes en tratamientos con corticoides nasal. Del 9 de Enero de 2017 se iniciara el proyecto de calidad descrito. 1 de Septiembre de 2017 se realizara un análisis de los resultados obtenidos hasta la fecha que permitan establecer conclusiones sobre los efectos de los corticoides nasales sobre la presión intraocular.

OBSERVACIONES

El proyecto no implica ningún gasto económico fuera de lo establecido, ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y de paso conocer su impacto real.

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 - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA
BERNAT GILI ANTONIO
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
MARTINEZ RUIZ TERESA
GONZALEZ TEJADA JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre servicios.
Continuación en la elaboración y mejora de formularios de anamnesis y exploración física necesarios para la aplicación del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Formularios de anamnesis y formularios de exploración física.
Por el momento, no se ha realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal debido a las irregularidades, bajas y ausencias presentadas en la plantilla de en ambos servicios, tantos de ORL como de Oftalmología en el año considerado para su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente la conclusión del proyecto y la aplicación de los formularios ya elaborados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/86 ===== ***

Nº de registro: 0086

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA, BERNAT GILI ANTONIO, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN, REY PORCA CARLOS, MARTINEZ RUIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En los últimos años se ha hablado mucho sobre los posibles efectos adversos de los corticoides intranasales, en cuanto a su capacidad para retrasar el crecimiento en la infancia, inducir el desarrollo de osteoporosis, poder inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o favorecer el desarrollo de cataratas o glaucoma. El glaucoma representa un grupo de enfermedades oculares con una tríada característica de: elevación de la presión intraocular(PIO), daño del nervio óptico y pérdida de campo visual. El aumento de la PIO en pacientes susceptibles causa daño directo al nervio óptico y puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata. El glaucoma es la segunda causa de disminución de visión y la primera causa de ceguera irreversible en el mundo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Varios estudios han demostrado aumento de la presión intraocular, siendo esto mas susceptibles en pacientes glaucomatosos, familiares de primera línea y los que reciben altas dosis y/o tratamiento prolongados, como es el caso de los pacientes con rinitis y poliposis nasosinusal en los cuales el tratamiento con corticoides tópico nasal es imprescindible y de larga duración.

RESULTADOS ESPERADOS

Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con lo que se espera conseguir protocolizar el flujo de pacientes entre los servicios y cuantificar los niveles de presión intraocular que presenten los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con el fin de evitar elevaciones patológicas que puedan ocasionar lesión de nervio optico y perdida irreversible de la visión.

MÉTODO

Formalizar y protocolizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Oftalmología para favorecer una adecuada comunicación e interacción entre servicios de los pacientes en tratamiento con corticoides tópicos nasales, con el fin de medir posibles variaciones patológicas de la presión intraocular y lograr una correcta intervención temprana si así se precisa. Además se insistirá en identificar los pacientes susceptibles a incrementos de presión por presencia de factores de riesgos de glaucoma. Se realizara un registro de los pacientes remitidos para medición de la presión, quedando esto además registrada en la historia clínica.

INDICADORES

Protocolos, formularios y bases de datos realizadas y estandarizadas para favorecer el flujo adecuado de pacientes entre los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Número de pacientes identificados con posibles factores de riesgo para el incremento de la presión intraocular.

Cuantificación del número de pacientes en tratamiento con corticoides nasales remitidos por el servicio de Otorrinolaringología al servicio de Oftalmología.

Cuantificación de pacientes en tratamiento con corticoides nasales que presentan incremento de la presión intraocular y con esto riesgo de glaucoma y perdida de campo visual.

DURACIÓN

Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 2016 se llevara a cavo por parte de los servicios de Otorrinolaringología y oftalmología la organización, protocolización y validación de los formularios necesarios en el referimiento, evaluación y seguimiento de los pacientes en tratamientos con corticoides nasal. Del 9 de Enero de 2017 se iniciara el proyecto de calidad descrito. 1 de Septiembre de 2017 se realizara un análisis de los resultados obtenidos hasta la fecha que permitan establecer conclusiones sobre los efectos de los corticoides nasales sobre la presión intraocular.

OBSERVACIONES

El proyecto no implica ningún gasto económico fuera de lo establecido, ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y de paso conocer su impacto real.

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 - 2016/0334

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PAMELA ELLYETTE BENITEZ ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAT GILI ANTONIO
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones del servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Endocrinología para la realización de la guía clínica para la atención eficiente de los pacientes intervenidos de cirugía endocrina.
Reunión del servicio con enfermería para el manejo postquirúrgico y de las complicaciones de la cirugía endocrina hospitalariamente.
Rellenar una encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha tenido una mejora en el tratamiento postquirúrgico tomando en cuenta la evaluación de la fonación, síntomas de hipocalcemia y sangrado.
Para el estudio preoperatorio se incluyó una hoja de información al paciente y una encuesta de satisfacción, se realizó la medición de la hormona tirotrópica y la TSH. En caso de encontrarse elevados los niveles de TSH, se solicitaron anticuerpos antitiroglobulina en sospecha de tiroiditis.
Con la colaboración de enfermería, se mejoró el cuidado postoperatorio del paciente mediante la inclusión de un protocolo que evaluaba varios aspectos, como el cuidado del drenaje (en caso de débito mayor de 50 mililitros en las primeras 24 horas se dejaría este para evitar hematoma cervical), valoración de la herida (realizando cambio de apósitos, y cuidados de la misma), medición de la PTH, calcio y proteínas totales prequirúrgicas (el día previo a cirugía o a las 8:00 horas del día quirúrgico) y postquirúrgicas pasadas 8 horas.
Se realizó un algoritmo terapéutico postquirúrgico de reposición del calcio usando tratamiento de calcio vía oral con calcitriol o de manera intravenosa.
Para considerar el alta postquirúrgica debía de cumplir con ciertas características como no tener sangrado activo o hematoma cervical, náuseas, vómitos o vértigo y tener una normalidad en la deglución y la respiración.
Por último, se entregó una encuesta de satisfacción para la percepción evaluación y mejora, donde se incluyeron datos acerca del tiempo que había permanecido ingresado, coincidencia de lo explicado en su estancia, información sobre su enfermedad, información sobre los riesgos de la intervención, dolor tras la intervención quirúrgica, presencia de náuseas o vomito tras la intervención quirúrgica y la valoración global sobre el ingreso. Hemos visto que, al incluir la hoja de información al paciente, se incrementó la colaboración disminuyó la ansiedad prequirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El éxito de nuestro proyecto se basó en el equipo multidisciplinar con el que contamos. El contar con el uso de encuestas de satisfacción para el paciente ha tenido una repercusión positiva tanto en los pacientes como en los familiares, y esto nos ha permitido tener mejoras para el mejor funcionamiento como servicio. El proyecto no implica ningún gasto económico. Ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y conocer su impacto real.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/334 ===== ***

Nº de registro: 0334

Título
IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Autores:
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE, BERNAT GILI ANTONIO, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0334

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

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

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

PROBLEMA

En los sistemas hospitalarios los profesionales de la salud se enfrentan a nuevos retos para ofrecer servicios de alta calidad y con el gasto mas eficiente. Sobretudo en los servicios quirúrgicos. Las guías de practica clínica que buscan una mejora en la efectividad y la eficiencia para mejorar cada periodo de tratamiento y las guías son una buena herramienta para mejorar el cuidado de los pacientes quirúrgicos.El proceso de tiroidectomía es la intervención mas frecuentemente realizada en cirugía endocrina la cual ha evolucionado en los últimos años con la incorporación de nuevas tecnologías pre y postoperatoria (dispositivos de energía para la hemostasia, determinación de PTH como predictor precoz de hipocalcemia postoperatoria)

RESULTADOS ESPERADOS

Por el momento no se cuenta con resultados de control en la cirugía de tiroides y paratiroides, con lo que con este proyecto se espera brindar el adecuado proceso asistencial abordado de manera integral y unificado con los servicios de Otorrinolaringología y Endocrinología. Teniendo una guía para la toma de decisiones clínicas, evitando duplicidad de pruebas y acortar los tratamientos y mejorar la calidad asistencial. Los objetivos serán: Estandarizar la atención de los cuidados pre y postquirúrgicos de los pacientes que requieren cirugía endocrina en el hospital de Barbastro. Establecer una secuencia de la actividades de los diferentes profesionales que se encuentran a cargo de los pacientes con cirugía de glándulas tiroides y paratiroides. Proporcionar un protocolo basado en las mejores evidencias disponibles. Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria.

MÉTODO

Formalizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Endocrinología que permita el seguimiento de la guía clínica para la atención eficiente de los paciente intervenidos de cirugía endocrina. Registro de los pacientes que serán intervenidos con el fin de medir el de tiempo de estancia hospitalaria, la estancia en unidad de reanimación, las complicaciones postquirúrgicas (hematoma, hipocalcemia) y la función vocal; quedando registrado en la historia clínica.

INDICADORES

Protocolos, formularios y base de datos de los pacientes intervenidos de cirugía de tiroides y paratiroides. Con cuantificación de la estancia en la unidad de reanimación (días) que será indicado en la historia clínica. Cuantificación de hematoma. Monitorización de la función paratiroidea y tiroidea, antes y después de la intervención quirúrgica. Cuantificación de los pacientes que requieren tratamiento de la hipocalcemia. Cuantificación de estancia hospitalaria. Mensualmente se reunirán los encargados de cada servicio para revisar los registros de los pacientes incluidos en el proyecto.

DURACIÓN

Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre se llevara a cabo la organización, protocolización y validación de los procesos necesarios para la evaluación y seguimiento de los pacientes por parte de los servicios de Endocrinología y Otorrinolaringología. El 16 de Diciembre se iniciará el proyecto de calidad descrito. El 1 de Septiembre de 2017 se realizará un análisis de los datos recogidos que permitan establecer las conclusiones sobre la calidad y eficiencia de la asistencia hospitalaria de los pacientes intervenidos con cirugía endocrina.

OBSERVACIONES

Debido a que proyecto no implica ningún gasto económico, se espera tener un impacto importante en los paciente tratados con esta cirugía

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 - 2016/0749

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
TERRE FALCON RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Completa anamnesis y exploración del paciente.
Realización de las pruebas de alergia
Entrega de folletos de la prevención de la exposición específica a los alérgenos.
Tratamiento médico y/o quirúrgico, según necesidades del paciente.
Selección de pacientes para tratamiento con inmunoterapia específica.
Seguimiento, control y evolución de los pacientes.
Los pacientes rellenan el test esprint es un test de calidad de vida de la rinitis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han adherido 26 pacientes (16 hombres y 10 mujeres) a nuestro proyecto, es decir pacientes con rinitis alérgica constatada con pruebas alérgicas. 12 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de turbinoplastia con o sin septoplastia. y 14 del total fueron candidatos a inmunoterapia activa.
El resto se ha ido tratando con antihistaminicos y sprays nasales.
Los pacientes, apoyados los resultados con el cuestionario ESPRINT, mejoraron ostensiblemente con los tratamiento (de una puntuación media de 43 a una puntuación media de 22).
Por lo que se ha conseguido una mejora en la respiración de cada paciente, en el control de la rinitis y por lo tanto en la calidad de vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes han llegado derivados sobre todo de los médicos de familia de centros de salud.
Los pacientes tratados con inmunoterapia empiezan a notar franca mejoría a partir del primer año de tratamiento. A pesar de esto, muchos de los encuestados ya habían mejorado antes de ese primer año.
Ha sido un proyecto gratuito para la Sanidad que ha mejorado la calidad asistencial de los pacientes.
Considero que es un proyecto que debe seguir aplicándose años, debido a que la rinitis alérgica es una patología muy prevalente en nuestro medio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/749 ===== ***

Nº de registro: 0749

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE, TERRE FALCON RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: Alergias
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 - 2016/0749

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Más de un 25% de la población de la provincia de Huesca padece algún tipo de alergia. De ese porcentaje la mayor parte presentan clínica al exponerse al polen de gramíneas, ciprés y platanero, la cual es la vegetación más frecuente de la zona céntrica de Huesca, Barbastro y Monzón. Esta es una afectación muy común en la población y que en la provincia de Huesca, lamentablemente, está asistida de manera insuficiente por la falta de un servicio de Alergia en el Hospital.

Los síntomas que destacan en este tipo de pacientes son rinorrea, picor nasal y ocular, estornudos y asma. Por ello, se propone la organización de una Unidad de alergias por parte del Servicio de ORL del Hospital de Barbastro, para diagnosticar, controlar y tratar aquellos pacientes con rinoconjuntivitis alérgicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Derivación de los pacientes desde los centros de salud correspondientes y desde otras especialidades del Hospital al Servicio de ORL, para así agilizar la asistencia especializada en este tipo de pacientes.

De este modo, el paciente podrá ser atendido directamente por el F.E.A. de ORL llevándole un seguimiento desde el inicio y evitando su desplazamiento a otros servicios ajenos al Hospital, con el coste personal y económico que ello supone para el paciente y para el Hospital.

MÉTODO

Completa anamnesis del paciente.

Realización de las pruebas de alergia

Entrega de folletos de la prevención de la exposición específica a los alérgenos.

Tratamiento médico y/o quirúrgico, si procediera.

Selección de pacientes que se puedan beneficiar de la inmunoterapia específica.

Seguimiento, control y evolución de los pacientes.

INDICADORES

Cuestionario de calidad de vida en pacientes con rinitis: ESPRINT

versión corta y extendida.

Puntuación de síntomas y medicamentos.

DURACIÓN

Se iniciará en Diciembre de 2016. Se realizarán notificaciones en centros de Salud y Hospital para derivación de pacientes con esta patología.

Se dispondrá de una consulta semanal en el Servicio de alergias donde se realizarán la anamnesis, pruebas alérgicas y consulta.

Finalización: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/0709

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA PEREZ PAULA MARIA
FACI ALCALDE ELENA
ABADIAS CUELLO YOLANDA
COSTA RODRIGUEZ PAULA
DEFIOR SANTAMARIA SARA
MONTORI ANAYA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras revisión bibliográfica y puesta en común, se ha realizado el protocolo. Se ha presentado al servicio de farmacia y anestesia, estando pendientes de su valoración para redacción definitiva y puesta en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al uso de anestesia tópica, se ha obtenido un valor cercano al 100%. En procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, el valor es del 40%. Para la valoración de los datos, se ha usado la documentación clínica del programa de urgencias (PCH), la cual se ha revisado. Pensamos que es un paso importante, pero aun queda mucho por realizar, especialmente a nivel de sedoanalgesia profunda.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha objetivado un uso adecuado de la anestesia tópica, no así de procedimientos de sedoanalgesia mas complejos, sobre los cuales habrá que incidir y valorar la posibilidad de realizar formación acerca de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, MONFORT BUIL MARIA CARMEN, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, VARA CALLAU MARTA, LOPEZ UBEDA MARTA, FACI ALCALDE ELENA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, LANZON CASTRO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
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

No es frecuente en nuestro servicio de pediatría la aparición de pacientes críticos. Cuando aparece uno, el manejo de la medicación puede conllevar ciertos problemas y afectar a la seguridad e incluso la viabilidad del paciente. Al poder intervenir varios servicios (urgencias, pediatría, UCI), con distintos profesionales implicados, se pretende realizar unas "cards" de medicación de urgencia, para mejorar los procesos asistenciales, evitar fallos en la seguridad y dar continuidad a la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en pediatría en situaciones de urgencia/emergencia, con el fin de disminuir los errores de medicación, dar continuidad a la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

asistencia y mejorar el proceso asistencial.

MÉTODO

Reuniones periódicas entre pediatras y enfermeras de los distintos servicios, para repasar la posología y dosificación según la evidencia científica actual, y consensuar las diluciones, para posteriormente crear las cards ajustadas a diferentes pesos, dada la variabilidad de los pacientes pediátricos. Posteriormente serán sometidas a revisión por personal ajeno a las mismas para descartar errores.

INDICADORES

Valoración por revisores externos de las cards: farmacia hospitalaria, UCI, pediatría.

DURACIÓN

Noviembre 2016: reunión preliminar para planificación del proceso y asignación de tareas.

Diciembre 2016-enero 2017: selección de la bibliografía y estudio de la misma. Puesta en común y ajuste de las diluciones.

Febrero-marzo 2017: realización de las cards.

Abril 2017: entrega a todos los miembros, así como a revisores externos (pediatras, intensivistas, farmacéuticos y enfermeras de los distintos servicios), para detección de posibles errores.

OBSERVACIONES

La población diana es toda la edad pediátrica (de 0 a 13 años inclusive).

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 - 2016/0709

1. TÍTULO

CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORT BUIL MARIA CARMEN
CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN
VARA CALLAU MARTA
LOPEZ UBEDA MARTA
FACI ALCALDE ELENA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
LANZON CASTRO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones para repasar las dosificaciones de la medicación, en que cantidades realizar las diluciones de las que lo precisaran, con elaboración posterior de las cards.
Valoradas por el servicio de pediatría, y revisadas por otros servicios, se han elaborado unas tablas en pdf.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado las cards de medicación, con lo cual desaparecerá la variabilidad en la preparación de bombas y los errores en la administración de medicaciones en situaciones de stress en urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la actualidad las cards en formato pdf, están en proceso de revisión por los servicios de pediatría, farmacia, intensivos y urgencias, para descartar posibles errores en la transcripción de las mismas.
Tras esto, se procederá a plastificarlas, y dejar copias de las mismas en las áreas de atención pediátrica (urgencias y planta de pediatría).
Sería interesante el poder unificarlas para todos los servicios pediátricos hospitalarios de la comunidad autónoma, consensuando las mismas.

7. OBSERVACIONES.

¿Sería necesario que os envíe las cards para valoración?.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, MONFORT BUIL MARIA CARMEN, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, VARA CALLAU MARTA, LOPEZ UBEDA MARTA, FACI ALCALDE ELENA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, LANZON CASTRO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
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

No es frecuente en nuestro servicio de pediatría la aparición de pacientes críticos. Cuando aparece uno, el manejo de la medicación puede conllevar ciertos problemas y afectar a la seguridad e incluso la viabilidad del paciente. Al poder intervenir varios servicios (urgencias, pediatría, UCI), con distintos profesionales implicados, se pretende realizar unas "cards" de medicación de urgencia, para mejorar los procesos asistenciales, evitar fallos en la seguridad y dar continuidad a la asistencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en pediatría en situaciones de urgencia/emergencia, con el fin de disminuir los errores de medicación, dar continuidad a la asistencia y mejorar el proceso asistencial.

MÉTODO

Reuniones periódicas entre pediatras y enfermeras de los distintos servicios, para repasar la posología y dosificación según la evidencia científica actual, y consensuar las diluciones, para posteriormente crear las cards ajustadas a diferentes pesos, dada la variabilidad de los pacientes pediátricos. Posteriormente serán sometidas a revisión por personal ajeno a las mismas para descartar errores.

INDICADORES

Valoración por revisores externos de las cards: farmacia hospitalaria, UCI, pediatría.

DURACIÓN

Noviembre 2016: reunión preliminar para planificación del proceso y asignación de tareas.

Diciembre 2016-enero 2017: selección de la bibliografía y estudio de la misma. Puesta en común y ajuste de las diluciones.

Febrero-marzo 2017: realización de las cards.

Abril 2017: entrega a todos los miembros, así como a revisores externos (pediatras, intensivistas, farmacéuticos y enfermeras de los distintos servicios), para detección de posibles errores.

OBSERVACIONES

La población diana es toda la edad pediátrica (de 0 a 13 años inclusive).

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 - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES GARCIA LACOMA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIVAS CALVETE MARTA
ARA USIETO MARISOL
MOLES ARCOS BARBARA
DEL PINO CARO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez realizadas las Reuniones con diferentes profesionales el año anterior, se continúa con las intervenciones propiamente dichas con aquellos pacientes con sospecha y/o diagnóstico de disforia de género. Se realizan actuaciones puntuales con aquellos Centros Educativos y Equipos de Orientación donde acuden los niños y adolescentes con dichos diagnósticos (apoyar a tutores, y prevenir posibles situaciones de riesgo de estigma en esos niños así como de forma explícita evitar posibles acosos de nuestros pacientes en el aula). Continuar en Sesiones Clínicas el tratamiento, en función del proceso en el que se encuentran apoyando cada fase en la que están pasando los pacientes (orientación e información a los padres, puesta en contacto con Endocrino, informes para cambio de nombre tanto en Tarjeta Sanitaria, informes para cambio de sexo en el Documento Nacional de Identidad, sesiones de tratamiento clínico del propio proceso.). Los 4 casos de los que se partía se ha añadido un caso más de un adolescente (varón que siente ser mujer), y uno de los casos con Diagnóstico de Disforia de Género, ha cambiado dicho diagnóstico en el último año. Este último caso ha sido el más precoz en edad, y en el que más dudas a nivel clínico ha suscitado en las profesionales. La literatura al respecto apunta que un porcentaje de niños y/o adolescente abandonan esta condición en la etapa en la que comienzan a realizar los cambios en imagen (ropa asignada al sexo sentido).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se sigue trabajando con 6 casos:
Tres de ellos mantienen el diagnóstico, y actualmente viven conforme a su sexo sentido (uno de ellos lleva 2 años con hormonas, y pendiente de cirugía)
Uno de ellos ha cambiado su diagnóstico de Disforia de Género, dejando de estar en esta condición
Dos casos nuevos, adolescentes, están en proceso de cambio de imagen y pendiente de visita a Endocrino.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones y contactos con Centros Escolares y padres ha posibilitado poner en valor no sólo la existencia de la Disforia de Género si no también la importancia de colaborar en la puesta en común de las dudas, la información y la lucha contra el estigma de estos niños y adolescentes así como sus familias. Se sigue echando de menos un Servicio U.T.I.C. en nuestra Comunidad Autónoma que sea referente para este tipo de casos, que pudiera acompañar a los casos más dudosos así como a los profesionales. El Equipo de Trabajo de este Plan da por concluido este año el Plan de Mejora, siguiendo trabajando y mejorando la línea que ha ido estableciendo respecto a esta casuística

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/871 ===== ***

Nº de registro: 0871

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, RIVAS CALVETE MARTA, LALAGUNA MALLADA PAULA, MOLES ARCOS BARBARA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disforia de Género
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora en las diferentes fases de intervención de los pacientes con Disforia de Género y sus familias

PROBLEMA

En este último año han sido remitidos a la USMIJ, dos niñas y un niño menores de 10 años, así como un adolescente varón con problemas de identidad sexual. Tras 10 años de trayectoria de la Unidad, tan sólo se había remitido un adolescente de 17 años, que ya vivía y vestía con forme a su identidad psicológica, donde la demanda era el tratamiento hormonal. Esta nueva situación ha supuesto para el Equipo un gran reto. La manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género supone tanto a nivel familiar como escolar, una consternación, una situación de especial vulnerabilidad que puede llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social así como desembocar en abandono o fracaso escolar, además de sufrimiento añadido del menor y la familia. Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia. Por todo ello es necesario abordar estas situaciones proporcionando información y formación a la comunidad educativa y favoreciendo el aprendizaje y la práctica de valores basados en el respeto a las diferencias y en la tolerancia a la diversidad sexual. Puesto en que en nuestro Sector no existía experiencia previa sobre el tema y a nivel de la Comunidad Autónoma todavía se están definiendo las líneas de actuación respecto a los menores con esta problemática, nos planteamos planificar el modelo de asistencia integral y coordinada entre todos los profesionales implicados. En definitiva, nos encontramos sin protocolos de actuación propios tanto a nivel sanitario como a nivel educativo en Aragón, y con unos menores y familias y profesorado que demandan unos planes de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Información clara del algoritmo asistencial de pacientes menores y adolescentes con disforia de género en Aragón. Antecedentes y situación actual
- Establecer actuaciones coordinadas entre los profesionales implicados tanto a nivel clínico (pediatras, endocrinólogos), como psicológico (USMIJ), como educativo (centros educativos) para poder dar una respuesta integral a los pacientes garantizando el diagnóstico, acompañamiento y seguimiento.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de la literatura científica, así como a protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)
 - Reunión con los profesionales que atienden la Disforia de Género en Aragón, con el objeto de esclarecer cuál es la realidad clínica en nuestra Comunidad a este respecto, si existen profesionales de referencia suscritos por el Salud a quienes se puedan remitir para confirmación de diagnóstico, etc.
 - Reunión y Formación con el Grupo de Trabajo de Pediatría Endocrinológica Hospitalaria
 - Contactar con Asociaciones de usuarios de disforia de género
 - Reuniones de trabajo con Pediatras y Médicos de atención Primaria.
 - Reuniones de Trabajo con los Orientadores y Equipo Directivo de los diferentes centros escolares de los menores
 - Establecer líneas claras de actuación a nivel escolar (ayuden al menor en la integración de los centros, información a profesores, información a padres ...) a través de Charlas de sensibilización.
 - Establecer líneas estratégicas de actuación en la USMIJ a nivel clínico.
- Los responsables de realizar las actividades serán los componentes del equipo del Plan de Mejora de Calidad.

INDICADORES

- Reuniones realizadas con los diferentes profesionales de Salud y de Educación
- Reuniones realizadas con Asociaciones de usuarios
- Visitas clínicas a alguna unidad específica.
- Cursos de Formación para el equipo de trabajo de este proyecto.
- Documento de consenso entre los profesionales (previas consultas con las Direcciones respectivas)
- Actuaciones clínicas y educativas con los usuarios y familias (Intervenciones clínicas, formación y sensibilización a través de charlas por los diferentes centros educativos a familias y profesionales)

DURACIÓN

- mayo -septiembre (búsqueda bibliográfica, contactos con diferentes profesionales sanitarios)
- octubre-diciembre (reuniones con los diferentes profesionales sanitarios implicados y que están trabajando en disforia de género; primeras reuniones con Asociaciones de afectados y educadores; remisión para confirmación de diagnóstico al profesional de referencia.
- enero -mayo (implementación de las actuaciones mínimas que faciliten la integración y respeto a su identidad de los niños atendidos por esta problemática). Primer documento de consenso.
- junio (borrador del documento de consenso conjunto entre profesionales sanitarios y de la educación del Sector)
- octubre (revisión del borrador, incidencias etc)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

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 - 2016/0454

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. REHABILITACION
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMON BUISAN ROSARIO
SANMARTIN SATUE CONCEPCION
SUELVES MONTES PILAR
VELASCO GOMARA SOLEDAD
SUBIAS TRICAS MERCEDES
BROTO BALLARIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El calendario de actividades marcado se ha llevado a cabo según lo previsto. Tras la valoración de los datos susceptibles de figurar en la nueva ficha de tratamiento y realizar el correspondiente diseño y maquetación de la misma. Se implanta el nuevo modelo como herramienta de trabajo, se realizan la encuesta de satisfacción de los profesionales y la valoración de los indicadores propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante el proyecto planteado se conseguido:

- Mejorar la intercomunicación. Mejorando los procesos organizativos y de administración. Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
- Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales. Mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes.

Indicadores utilizados:

- Indicador: Grado de implantación.

Resultado: 100%. La implantación es total ya que el se dejó de lado el antiguo modelo y se trabaja únicamente con el nuevo.

- Indicador: Porcentaje de cumplimentación adecuada.

(Revisión 50 fichas de tto. Elegidas al azar de los pacientes dados de alta de tratamiento durante el año 2016. Se revisa que esté cumplimentada de acuerdo a la leyenda que figura en la propia ficha de tratamiento desde fecha de comienzo a fin de sesiones).

Resultado: 90%. Se han detectado algunos errores, heredados del anterior modelo. Fallos que deberían mejorar.

- Indicador: Grado de satisfacción de los profesionales

(Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto).

Resultado: Tras evaluar los resultados de la encuesta de satisfacción se puede destacar como dato relevante que un 100% de los trabajadores cree que se ha mejorado presentación y legibilidad de la información, mejorando los procesos organizativos y de administración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La modificación de la ficha de paciente ha dotado de mejor accesibilidad al mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes. Además la implicación por parte de los terapeutas es importante.
- La realización del proyecto se da por terminada, si bien como cualquier procedimiento siempre es susceptible de poder mejorarse.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/454 ===== ***

Nº de registro: 0454

Título
ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0454

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

AZANZA PARDO JORGE, RAMON BUISAN ROSARIO, SANMARTIN SATUE CONCEPCION, SUELVES MONTES PILAR, VELASCO GOMARA SOLEDAD, SUBIAS TRICAS MERCEDES, BROTO BALLARIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ficha de tratamiento es una herramienta utilizada en el servicio para la comunicación entre facultativo y fisioterapeuta, en ella se reflejan los datos más significativos del tratamiento y además es un elemento de control al usuario que acude al servicio como paciente. Con el paso del tiempo los datos relevantes han ido cambiando y modificándose. El proyecto pretende adaptar las fichas a los requerimientos que existen en la actualidad y dotar de mayor orden y claridad los datos que recogen.

El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información. Aportando como ventajas mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la intercomunicación.
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
- Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
- Mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes.

MÉTODO

- Valorar qué datos son susceptibles de figurar en la ficha de tratamiento.
- Diseñar y maquetar la ficha.
- Implantación parcial a modo de prueba.
- Evaluación. Encuesta de satisfacción de los profesionales.
- Modificación o implantación completa del Proyecto.

INDICADORES

- La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :
- Correcta cumplimentación
 - Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

- Porcentaje de cumplimentación adecuada.
(Revisión 50 fichas de tto. Elegidas al azar de los pacientes dados de alta de tratamiento durante el año 2016. Se revisa que esté cumplimentada de acuerdo a la leyenda que figura en la propia ficha de tratamiento desde fecha comienzo a fin de sesiones.)
- Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto.

DURACIÓN

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Octubre 2016
- Valoración de datos susceptibles: Octubre de 2016.
- Diseño de ficha: Octubre de 2016.
- Implantación del Proyecto: Diciembre de 2016.
- Monitorización de indicadores y resultados: Diciembre de 2016 - Enero de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1777

1. TÍTULO

EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ COSCUJUELA ROMAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN GASPAR ELENA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones periódicas de los médicos del Servicio de Rehabilitación del H.Barbastro para adecuar el Plan de Atención al Ictus de Aragón a nuestro Sector.

Establecer un proyecto piloto en el que se pone a prueba si las interconsultas realizadas desde Hospitalización con motivo de "ICTUS" eran valoradas por un médico Rehabilitador en las 24-48 h desde su recepción.

Se han registrado los datos de las interconsultas recibidas desde el 1-6-17 hasta el 31-12-17.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La llegada a la unidad de hospitalización implica que durante la estancia se lleve a cabo la valoración, tratamiento, cuidados e inicio precoz de la rehabilitación.

La rehabilitación tiene que empezar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Los pacientes que inician la rehabilitación durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y mejor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde.

Del total de interconsultas recibidas desde Neurología con motivo de pacientes con ictus, un 94,44% (51/54) fueron valorados en las primeras 24-48h y por lo tanto dentro del margen establecido por nuestro Servicio. El objetivo principal de realizar esta valoración precoz es el participar en la continuidad asistencial del paciente y mantener un tratamiento Rehabilitador hasta la ausencia de objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Viendo que los resultados de este proyecto piloto son positivos, se pretende su puesta en marcha con la colaboración del Servicio de Neurología para poder realizar una pronta captación, evaluación y adecuado seguimiento del paciente con ictus durante la estancia hospitalaria, y contribuir en la planificación del destino al alta.

Tenemos previsto incluir para 2018, el indicador de inicio precoz de tratamiento rehabilitador tras su indicación por el medico rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1777 ===== ***

Nº de registro: 1777

Título
EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO JOAQUINA, MARIN GASPAR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1777

1. TÍTULO

EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se denomina "ictus" al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. El ictus es una enfermedad de gran impacto en la vida personal y social. Constituye la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda en el total de la población. Se plantea este Proyecto con el objetivo principal es realizar una valoración por un médico Rehabilitador en las 24-48h desde la recepción de la Hoja de Colaboración.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un proyecto piloto en el que se pone a prueba si las interconsultas realizadas desde Hospitalización con motivo de "ICTUS" eran valoradas por un médico Rehabilitador en las 24-48 h desde su recepción.

MÉTODO

La llegada a la unidad de hospitalización implica que durante la estancia se lleve a cabo la valoración, tratamiento, cuidados e inicio precoz de la rehabilitación.

La rehabilitación tiene que empezar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Los pacientes que inician la rehabilitación durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y mejor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde.

INDICADORES

Del total de interconsultas recibidas desde Neurología con motivo de pacientes con ictus, un 94,44% (51/54) fueron valorados en las primeras 24-48h y por lo tanto dentro del margen establecido por nuestro Servicio. El objetivo principal de realizar esta valoración precoz es el participar en la continuidad asistencial del paciente y mantener un tratamiento Rehabilitador hasta la ausencia de objetivos.

DURACIÓN

Viendo que los resultados de este proyecto piloto son positivos, se pretende su puesta en marcha con la colaboración del Servicio de Neurología para poder realizar una pronta captación, evaluación y adecuado seguimiento del paciente con ictus durante la estancia hospitalaria, y contribuir en la planificación del destino al alta.

Tenemos previsto incluir para 2018, el indicador de inicio precoz de tratamiento rehabilitador tras su indicación por el medico rehabilitador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1778

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Supervisión diaria por los facultativos del Sº de Rehabilitación de las IC procedentes de otros Servicios, para establecer la prioridad de citación según modelo consensuado
-Puesta en marcha de la IC telemática (a partir de Noviembre de 2017)
-Sesión clínica semanal del Servicio para la valoración y organización del trabajo
Actividades desarrolladas desde Junio-Diciembre de 2017 con la incorporación de los tres facultativos a jornada completa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El seguimiento de los cuadros de mando nos permite evaluar la eficacia y eficiencia de nuestra gestión. Se han comparado los datos recogidos en los años 2016/2017.

Nuestro objetivo era superar el resultado del año anterior.

Hemos conseguido:

-Un Incremento del 10,51% en el número de primeras visitas (2825/3122)
-Una reducción en la relación sucesivas/primeras visitas de 1,73 a 1,52
-Un incremento del 2% en el número total de consultas(7.716/7.869)
- Un Incremento del 6,63% de pacientes dados de alta (17,19%/23,82%)
-No hay lista de espera en las IC valoradas por los médicos rehabilitadores con prioridad máxima

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo para el ejercicio 2017 era profundizar en el análisis de la realidad, impulsando nuevas líneas de trabajo y actuaciones que contribuyeran a garantizar de forma efectiva la accesibilidad a nuestro Servicio, a agilizar la gestión de la lista de espera en patologías que por razones clínicas y sociales menos deben esperar, así como a optimizar nuestros recursos.
Aun consiguiendo mejores resultados que el año anterior, queda pendiente mejorar la coordinación asistencial entre profesionales (rediseñar circuitos de citación, acuerdos de derivación), potenciar las relaciones y así aumentar el grado de satisfacción, ya que hemos observado durante este año un progresivo aumento de la demanda. Se ha incrementado un 37,4%(2001/3.192) el número de IC realizadas desde AP, factor que influye en la accesibilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1778 ===== ***

Nº de registro: 1778

Título
DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA 1ª VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MARIN GASPAR ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patología susceptible de provocar discapacidad
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1778

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

PROBLEMA

En nuestro sistema sanitario público (SALUD) consideramos al paciente como eje principal. Nuestros principios rectores son garantizar la equidad de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, por lo que debemos tomar medidas de mejora de eficiencia y optimización de recursos. Pretendemos corregir la tendencia al alza y reducir los tiempos de demora detectadas en nuestro Servicio para patologías en las que prolongar la espera puede derivar en que las lesiones se agraven y queden secuelas. Mediante la IC telemática, la supervisión por los facultativos del Servicio RHB de las IC recibidas, estableciendo la prioridad según código consensuado y el manejo de los tiempos de tratamiento y seguimiento en el paciente crónico, pretendemos agilizar lista de espera, realizar consultas de alta resolución y obtener el máximo rendimiento del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

-Resultados que esperamos conseguir: Reducir número de lista de espera de interconsultas urgentes y preferentes (pacientes que por la gravedad de su patología es prioritario el inicio precoz de RHB), optimizar el rendimiento del Servicio (consulta de alta resolución, indicación/tiempo de tratamiento rehabilitador)

MÉTODO

Acciones previstas para lograr los objetivos:

- Desarrollo de la IC telemática
- Priorización por los FEA RHB de las IC realizadas desde otras especialidades
- Coordinación asistencial entre profesionales (rediseñar circuitos de citación, potenciar la consulta no presencial, acuerdos de derivación)
- Reuniones clínicas semanales del Servicio para la valoración y organización de la actividad asistencial, el control y seguimiento de los tratamientos y desarrollo de actividades de formación

INDICADORES

El seguimiento de los cuadros de mando nos permite evaluar la eficacia y eficiencia de nuestra gestión.

Nuestro objetivo es superar el resultado del año anterior, consiguiendo:

- un incremento del número total de consultas realizadas, a favor de primeras visitas
- mejorar la relación sucesivas/primeras
- reducir lista de espera para IC urgentes
- mayor número de altas

DURACIÓN

La duración prevista para el análisis y revisión es anual, aunque la incorporación al Servicio a tiempo completo de los tres facultativos responsables se realiza a partir de Junio de 2017. Los resultados se obtienen en relación al cuadro de mando del año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1779

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS LAZARO JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos hemos reunido en varias ocasiones y hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, observando que la información dada es deficitaria y que presentan múltiples dudas acerca del proceso. Hemos realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva valorando las diferencias evolutivas en pacientes con buen acceso a información respecto a los que no. Los pacientes con buen acceso a la información evolucionan de forma más satisfactoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado una hoja informativa para pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, la cual está pendiente de entregar al servicio de calidad. En dicha hoja se explican cuidados, medidas antiluxación y ejercicios a realizar en pacientes intervenidos de prótesis total de cadera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos queda pendiente entregar la hoja informativa al servicio de calidad y su posterior aprobación. Dicha hoja será entregada a los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera por el médico rehabilitador el primer día de su valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1779 ===== ***

Nº de registro: 1779

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Autores:
MARIN GASPAR ELENA MARIA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sustitución de cadera por una prótesis es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas hoy en día debido al aumento de la esperanza de vida de la población y a la enorme tasa de éxito que tiene en el alivio de los síntomas causados por la artrosis de cadera. Hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, observando que la información proporcionada es deficitaria y que presentan múltiples dudas acerca del proceso. Se plantea este proyecto con el objetivo de mejorar el acceso a la información de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Entregar una hoja informativa a todos los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera en el Hospital de Barbastro. En dicha hoja se explican medidas anti luxación, cuidados y ejercicios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1779

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

MÉTODO

Los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera son valorados por el servicio de rehabilitación durante el ingreso o de forma ambulatoria.

Se entregará al paciente la hoja informativa el primer día de valoración

INDICADORES

El indicador que usaremos será entrega a todos los pacientes vistos por el servicio de rehabilitación de la hoja informativa respecto al total de intervenidos de prótesis total de cadera

DURACIÓN

Se pretende su puesta en marcha en 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 - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES FABREGAS CANALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER ASIN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 3 Cursos teórico-prácticos en el Centro de Salud de Graús para aprendizaje de la exploración reumatológica y la realización de infiltraciones intraarticulares.
Se instauró la Consulta Reumatológica Virtual, tras pactar previamente un protocolo de derivación, cuyos objetivos fueron la atención temprana de la patología inflamatoria, la resolución de dudas terapéuticas y el tratamiento dirigido de pacientes con problemas de desplazamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto contó con una rápida aceptación por los MAP del C.S. de Graús.

La consultas realizadas correspondieron a:

- 40% patología inflamatoria de inicio
- 29% dudas terapéuticas de enfermedades inflamatorias
- 20% dudas diagnósticas y terapéuticas de patología ósea (Osteoporosis)
- 11% dudas terapéuticas sobre control del dolor en pacientes dificultades de desplazamiento.

Idoneidad de las Consultas realizadas según protocolo: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La instauración de una Consulta Virtual de Reumatología tiene resultados muy satisfactorios si previamente se ha realizado una formación específica de los MAP y se ha consensuado un protocolo estricto de derivación. Tras la instauración generalizada de la Consulta Virtual parece conveniente reflexionar sobre las conclusiones de esta experiencia piloto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/772 ===== ***

Nº de registro: 0772

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

Autores:
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, FERRER ASIN MARIA PAZ, COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, BUIL PEREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mejora de la Calidad asistencial en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro se ve dificultada por la existencia de lista de espera en consultas externas así como los problemas para desplazarse de la población anciana. Ello implica un importante número de consultas telefónicas tanto de los médicos de atención primaria (MAP) como de los pacientes, para resolver dudas sobre tratamientos, complicaciones, recaídas... Dichas dudas se resuelven de forma no reglada y sin un control posterior de su evolución, con grandes dosis de incertidumbre por parte del médico de primaria y del especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

El 22,7% de la población del Sector Sanitario de Barbastro es mayor de 65 años. Esto implica una alta demanda asistencial, por patología osteo-articular, que repercute en primer lugar sobre el Médico de Familia. En diferentes colaboraciones con los equipos de primaria hemos detectado un interés creciente por la formación en Reumatología (exploración clínica, decisiones terapéuticas, técnicas de infiltración) que creemos debe intentarse resolver.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo General:

- Proporcionar una óptima asistencia reumatológica en un entorno rural, facilitando el acceso de la población a las consultas de Reumatología a través de las nuevas técnicas telemáticas.

Objetivos específicos:

- Mejorar el conocimiento de la patología Reumatológica por parte de los MAP
- Mejorar el control clínico y diagnóstico precoz de patologías claves en Reumatología como son la Artritis Reumatoide, las Espondiloartropatías y la Osteoporosis.
- Regular una vía de comunicación rápida y eficaz entre primaria y especializada.
- Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.
- Mejorar la satisfacción del paciente, MAP y especialista sobre el trabajo realizado.
- Avanzar en la excelencia del servicio y contribuir a la sostenibilidad de la organización.
- Definir y protocolizar los procesos susceptibles de teleconsulta.

MÉTODO

Para la creación de una Consulta virtual de Reumatología se propone durante el primer año una Consulta Piloto con el Centro de Salud Rural de Graús (Comarca de la Ribagorza),

El Equipo de Atención Primaria (EAP) de Graus, compuesto por 8 médicos de familia, nombrará un profesional de referencia que será el interlocutor con Reumatología y que tendrá las funciones de:

- Activar y coordinar la formación continuada en Reumatología de los profesionales del C.S. de Graús: programación de cursos teóricos, talleres prácticos y estancias puntuales en la Consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
- Elaborar con Reumatología el protocolo de interconsulta virtual: patologías, criterios de derivación y circuitos asistenciales. y establecer la información mínima necesaria para la realización de la interconsulta.
- Difundir en el EAP la metodología y contenidos de la interconsulta virtual de reumatología.
- Seguimiento y corrección de incidencias junto con Reumatología.

A nivel técnico utilizaremos el protocolo de Interconsulta Virtual desarrollado por el Sector de Barbastro disponible en Historia Clínica Electrónica (HCE):

1. Solicitud de interconsulta por el médico de atención primaria en OMI-AP.
2. El especialista del hospital accederá a través de la HCE a las consultas-formularios introducidas en OMI por los médicos de primaria.
3. Una vez cumplimentados los formularios por especializada se enviará una notificación automática al médico de atención primaria y se registrará el resultado de la interconsulta en OMI.

En una segunda fase, conocida ya la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, el servicio se extenderá a otros centros del área de salud.

INDICADORES

Al finalizar el estudio piloto y con el objetivo de conocer la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, se realizará una evaluación para valorar la idoneidad de los ítems pactados, y el nivel de demanda real de cara a la extensión de forma general a otros centros de Salud.

De forma particular se evaluarán los siguientes parámetros:

- Pertinencia: Número de interconsultas de acuerdo a protocolo
- Número de consultas realizadas
- Tipo de consultas y patologías
- Resolución telemática del problema
- Tiempo medio de respuesta de las interconsultas
- Escalas de satisfacción.

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

- OTOÑO-2016:
 - o Sesiones informativas y Taller de Exploración Clínica de la Dra. Fábregas en el Centro de Salud de Graús.
 - o Revisión y aprobación consensuada del formulario de consulta informática de Reumatología.
 - o Inicio de la Consulta telemática
 - o Estancia de formación de los MAP del C.Salud de Graús en la Consulta de Reumatología del H. de Barbastro.
- MARZO-2017:
 - o Primera evaluación de los resultados obtenidos.
- OTOÑO-2017:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

o Evaluación final y proyección futura. Diseño y propuesta de nuevas acciones de mejora.

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 - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE DIANA MUR BARRABES
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SICART LONCAN SILVIA
GRACIA ASIN ESTHER
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
ANERILLAS ALJAMA DIEGO
MARTINEZ SILVA ANGELA
VALERA LEMUS ANA
FRANCES RAMI ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actuaciones se han englobado dentro del marco colaborativo instaurado en el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro. Con el mentado grupo se ha estudiado y especificado aquellos ítems a incluir dentro del registro de planilla de turno, así como un apéndice indicador del modo de cumplimentación para hacerlo de modo homogéneo y estandarizado.

Con el Servicio de Informática, se ha mantenido una colaboración activa para su paso a un formato informático y su acceso a Intranet (se ha valorado como mejor opción vs al sistema colaborativo por ser más fácilmente accesible), en cuyo proceso nos encontramos en la actualidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Creación de borrador de registro de turno
Creación de borrador de Procedimiento de Cumplimentación de la planilla de registro de turno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras poner en práctica el sistema colaborativo de ficheros, se vio la necesidad de que el acceso al registro de turno debía resultar más fácilmente accesible, por lo que se acordó crear un acceso directo desde Intranet de nuestro Sector
Dado que la cumplimentación del registro de turno debe ser estandarizada y homogénea independientemente de quien la realice, se ha creado un documento de Procedimiento de Cumplimentación de la planilla de registro de turno

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/641 ===== ***

Nº de registro: 0641

Título
PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Autores:
MUR BARRABES DIANA, SICART LONCAN SILVIA, GRACIA ASIN ESTHER, ANERILLAS ALJAMA DIEGO, MARTINEZ SILVA ANGELA, VARELA LEMUS ANA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del presente proyecto versa sobre todo paciente usuario del Hospital de Barbastro, dado que crea una herramienta para optimizar la información que permite llenar los vacíos interturnos e interunidades, generando mayor seguridad y calidad en la atención dispensada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de mantenimiento de una continuidad asistencial y de gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información derivada de los diferentes turnos laborales y de las unidades asistenciales que conforman el Hospital de Barbastro. La garantía de una información actualizada que unifica la continuidad de la dinámica de nuestro centro, permite que todo aquello concerniente a los cuidados, gestión de camas, gestión de personal e incidencias acaecidas se dirija a una actuación enfermera más ajustada e idónea.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es la mejora en la transmisión y gestión de los datos en los cambios de turno de los supervisores de enfermería, generando un archivo común y multidireccional que optimice la comunicación entre las diferentes unidades y los turnos laborales, haciendo extensiva la mejora a las actuaciones de enfermería derivadas de ésta

MÉTODO

Las actuaciones se englobarán dentro del marco colaborativo instaurado con el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro.

Con el Servicio de Informática, se seguirá la línea cooperativa instaurada en el proyecto de mejora 2016 con la creación del Sistema Colaborativo de Ficheros para generar una plantilla de registro de turno.

Con las mentadas colaboraciones, se generará una planilla de Registro de Turno dentro del sistema colaborativo de ficheros de Supervisión en la cual se contemplen aquellos aspectos que garantizan una continuidad asistencial de calidad, siendo un puente unificador entre turnos y entre Unidades de Hospitalización

INDICADORES

Porcentaje de supervisores integrados en el proyecto
Porcentaje de registros de turno realizados desde la implantación del proyecto

DURACIÓN

OCTUBRE DE 2016-NOVIEMBRE 2016 . Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Informática para lluvia de ideas de ideario de plantilla de Registro de Turno

NOVIEMBRE 2016-FEBRERO 2017 Realización de plantilla de Registro de Turno

13 DE FEBRERO 2017-24 DE FEBRERO DE 2017. Implementar la plantilla de Registro de Turno

MARZO 2017 Efectuar las modificaciones pertinentes en los puntos que se han observado mejorables

ABRIL 2017 Puesta en marcha del Proyecto y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE DIANA MUR BARRABES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SICART LONCAN SILVIA
GRACIA ASIN ESTHER
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
ANERILLAS ALJAMA DIEGO
MARTINEZ SILVA ANGELA
VARELA LEMUS ANA
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización en formato Word del "Procedimiento de cumplimentación de la planilla de registro de turno" y del "Registro de turno" a enero de 2018, habiendo procedido a su entrega al Servicio de Informática para su informatización previa a la creación de pestaña en Intranet para posibilitar la implementación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de progresión de los mentados pasos (informatización del formato y creación de pestaña en Intranet para registro) para valorar impacto y evolutivo del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración a nivel informático del presente proyecto está suponiendo una dificultad añadida para la consecución del mismo, pese a lo cual, sigue siendo un proyecto alcanzable y con claras posibilidades de mejora en cuanto a registro y comunicación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/641 ===== ***

Nº de registro: 0641

Título
PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Autores:
MUR BARRABES DIANA, SICART LONCAN SILVIA, GRACIA ASIN ESTHER, ANERILLAS ALJAMA DIEGO, MARTINEZ SILVA ANGELA, VARELA LEMUS ANA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del presente proyecto versa sobre todo paciente usuario del Hospital de Barbastro, dado que crea una herramienta para optimizar la información que permite llenar los vacíos interturnos e interunidades, generando mayor seguridad y calidad en la atención dispensada
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de mantenimiento de una continuidad asistencial y de gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información derivada de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

diferentes turnos laborales y de las unidades asistenciales que conforman el Hospital de Barbastro. La garantía de una información actualizada que unifica la continuidad de la dinámica de nuestro centro, permite que todo aquello concerniente a los cuidados, gestión de camas, gestión de personal e incidencias acaecidas se dirija a una actuación enfermera más ajustada e idónea.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es la mejora en la transmisión y gestión de los datos en los cambios de turno de los supervisores de enfermería, generando un archivo común y multidireccional que optimice la comunicación entre las diferentes unidades y los turnos laborales, haciendo extensiva la mejora a las actuaciones de enfermería derivadas de ésta

MÉTODO

Las actuaciones se englobarán dentro del marco colaborativo instaurado con el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro.

Con el Servicio de Informática, se seguirá la línea cooperativa instaurada en el proyecto de mejora 2016 con la creación del Sistema Colaborativo de Ficheros para generar una plantilla de registro de turno.

Con las mentadas colaboraciones, se generará una planilla de Registro de Turno dentro del sistema colaborativo de ficheros de Supervisión en la cual se contemplen aquellos aspectos que garantizan una continuidad asistencial de calidad, siendo un puente unificador entre turnos y entre Unidades de Hospitalización

INDICADORES

Porcentaje de supervisores integrados en el proyecto

Porcentaje de registros de turno realizados desde la implantación del proyecto

DURACIÓN

OCTUBRE DE 2016-NOVIEMBRE 2016 . Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Informática para lluvia de ideas de ideario de plantilla de Registro de Turno

NOVIEMBRE 2016-FEBRERO 2017 Realización de plantilla de Registro de Turno

13 DE FEBRERO 2017-24 DE FEBRERO DE 2017. Implementar la plantilla de Registro de Turno

MARZO 2017 Efectuar las modificaciones pertinentes en los puntos que se han observado mejorables

ABRIL 2017 Puesta en marcha del Proyecto y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURREL RASO MATILDE ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de registro de incidencias

-Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR social-SOCIAL

-Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º: Durante todo este tiempo recogeremos en un registro las INCIDENCIAS sobre casos en los que hemos intervenido así como la naturaleza de éstas. También se han dado consultas en relación a trámites desde Servicio de Admisión del Centro de Salud de Monzón y desde el Servicio Social de Base de Aínsa, que finalmente resolvieron y en los que no tuvimos que intervenir.

La Consulta del Centro Salud Monzón fue relativa a una renovación con pasaporte caducado y duda sobre documento justificativo en francés.

La consulta desde SSB Aínsa, fue por necesidad de atención urgente de una chica Brasileña, que tras comentar se derivó a Hospital y

A continuación presentamos los datos obtenidos de los casos recogidos sobre los que se ha intervenido en relación al acceso a la asistencia Sanitaria de Personas sin Recursos.

Casi el total han sido datos obtenidos desde Atención Primaria (Trabajadora Social) de los que ha ido recogiendo y añadido de ESR de BDU generando el listado de mayo a junio.

El total de casos estudiados han sido 68 quedando excluidos del resultado final, por no entrar en el Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Extranjeras Sin Recursos, 24 (resuelto el problema de la asistencia sanitaria por otras vías) y que quedan excluidos por los siguientes motivos:

- 1) 1 caso de un Pakistání GTN que quiere traer a su madre enferma a España.
- 2) 1 Búlgaro que termina teniendo GTN.
- 3) 5 casos NO / Pasivo BDU y NO Historia social.
- 4) 5 casos NO / Pasivo BDU y SI Historia.
- 5) 3 casos en los que han pasado a Residente y sin clasificar.
- 6) 1 caso de Hijo de ESR.
- 7) 1 caso que Termina como GBN, por ser esposa de español retornado.
- 8) 1 caso ESR pasa a PNC.
- 9) 6 casos ESR activo con Historia que tramita en Admisión.

La base de datos varía muy a menudo en cuanto a BDU: Bajas por cambios de domicilio, caducan y no renuevan, piensan que van a hacer contrato, esperan y les caduca, no tienen tiempo para renovar, los que pasan a GTN o GTB que también van apareciendo.

Todos estos supuestos y casos encontrados nos dan pistas sobre los puntos en los que encontramos más dificultad y problemas.

Nos gustaría añadir que las derivaciones para Trabajadora Social de Centro de Salud de Barbastro han sido realizadas por: Admisión en su mayoría seguidos de MAP y Servicio de Urgencias seguidos de "Calle" (boca a boca) y del INSS y de Servicios Sociales.

Podemos señalar del registro de casos que las derivaciones han sido desde:

1. MAP: 6
2. Desde la calle: 28
3. Administrativas: 13
4. Programa cambalache Cruz Blanca: 1
5. Cáritas: 1
6. INSS: 3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

7. Trabajadora Social Hospital a C.Salud: 2

8. Médicos del Mundo:1

9. No registrado o se desconoce: 13

TOTAL DERIVACIONES: 68

2º: Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR SOCIAL cuando no cumpla criterios y haya que estudiar el caso dirigido a los diferentes Servicios de Admisión y de S.A.U, en coordinación con trabajadores sociales de cada centro sanitario.

Desde la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios se hizo llegar información sobre las vías de acceso a Atención Sanitaria a los Servicios de Admisión y SAU. Ambas trabajadoras sociales hemos estado en contacto con dichas unidades si ha sido preciso.

13 de los casos con incidencias han sido derivados por Administrativas lo que valoramos como positivo a la hora del cumplimiento de dicho objetivo.

Ambas trabajadoras sociales hemos estado en contacto con unidades señaladas pero ha sido básicamente la T.S. del Hospital la que ha atendido a los C. de Salud que no tienen T.S.

3º: Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN con red de servicios sociales comunitarios y especializados y con entidades que trabajan con extranjeros.

Este resultado no lo hemos podido conseguir del modo planteado inicialmente, que era acudir a cada uno de los puntos clave y entregar información, pero sí que indirectamente se ha hecho llegar a través de los usuarios atendidos.

Teníamos planteada la actividad para septiembre-octubre pero por la marcha de la Trabajadora Social del Hospital resultado de movimientos del proceso selectivo en marcha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El total de los casos que hemos atendido y han accedido a la asistencia sanitaria por la vía de de la Instrucción del 7 de agosto de 2015 para personas extranjeras en Aragón ha sido de 68 de los cuales como hemos visto por diferentes motivos, 24 han quedado excluidos (35% aproximadamente).

Hemos encontrado que un importante volumen de los cumplían requisitos, desconocían el procedimiento, habiéndose encontrado en situación desprotección sanitaria durante todo ese tiempo.

La demanda de asistencia en el casi total ha derivado de situaciones urgentes o de necesidad por procesos de enfermedad o pérdida de salud. Momento en el que acudían a centro de salud u hospital pidiendo asistencia directamente o para gestionar el derecho en caso de tener cercanos que conociesen el procedimiento o los supiesen derivar.

Entendemos que como derecho ha de ser reconocido independientemente del uso que se haga de la Asistencia sanitaria o no.

Este es el aspecto que más nos preocupa después de todo este tiempo, pues no habiéndose producido modificaciones en la normativa hasta ahora, nos constan casos que siguen sin el Reconocimiento y teniendo derecho al acceso.

Otro aspecto preocupante de este sistema que encontramos que también dificulta es la necesidad de renovar anualmente el derecho, realizando nuevamente una solicitud.

Estamos empezando a encontrarnos con casos que habiendo tenido reconocido el Derecho a la asistencia sanitaria lo han perdido por pasar plazo de renovación.

También se ha detectado problema con la renovación por la caducidad anual de la tarjeta que da derecho a asistencia sanitaria La caducidad la pone en la TIS y se les suele avisar por carta cuando va a caducar pero los cambios de domicilio son muy habituales y muchas veces no les llega o por barreras idiomáticas no llegan a comprender. Esto va a suponer que un buen número tienen que volver a hacer todos los papeles nuevamente y se nos plantea la duda de si habría algún otro sistema o circuito que facilitase dicha renovación suponiendo mejora tanto de cara al paciente como a la administración.

Otra circunstancia que hemos detectado es que ha habido varios pacientes que han llegado a pagar alguna factura por no tenerlo tramitado teniendo derecho, no teniendo criterio para ello.

Por último nos gustaría terminar señalando la importante pérdida de salud que ha supuesto en algunos casos, la pérdida del derecho de asistencia y el desconocimiento de esta vía de acceso extraordinaria. Personas extranjeras, con derecho reconocido y con procesos crónicos o posteriormente con inicios de procesos no atendidos en momento inicial no han llegado a recibir atención en el momento adecuado conllevando una serie de consecuencias como indicamos sobre sus estado de salud y empeoramiento de éste.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

Autores:
ABAD RUIZ ALODIA, BURREL RASO MATILDE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No tienen porque presentar patología concreta.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La entrada en vigor de Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud supuso la "salida" del sistema sanitario de muchas personas extranjeras, en su mayoría, generando una situación y entorno de desprotección en todos ellos y su red familiar.

En Aragón se articularon dos vías de acceso al Sistema Público de Salud. Por un lado se estableció la posibilidad de fijar un Convenio Especial pagando una cuota fija mensual y por otro se creó el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública. La Instrucción que regulaba este último se modificó con fecha 7 de agosto de 2015 dando algo más de laxitud a los criterios como por ejemplo, tiempo requerido de empadronamiento así como el límite de ingresos anual, para poder acceder al sistema.

En nuestra practica diaria como trabajadores sociales nos encontramos con casos que siguen quedando fuera del sistema de salud y que requieren de la asistencia y ante éstas situaciones y otras carencias detectadas por los profesionales que intervenimos con personas extranjeras sin recursos y usuarios que no tiene derecho a la asistencia sanitaria por ley.

La Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios, ha hecho llegar a todos los trabajadores sociales y servicios de admisión, entre otros, un documento donde recuerda la posibilidad de acogerse al artículo 5 de la Instrucción de 7 de agosto que hace mención de los supuestos de "necesidad sanitaria o emergencia social" pudiendo acceder al sistema sanitario y quedando reconocido el derecho a la asistencia por medio de un informe social en los casos que no se cumplan todos los requisitos.

Como trabajadores sociales nos compete defender los derechos sociales de la población. Dentro del ámbito de la salud, las funciones de prevención y promoción de la salud en nuestras intervenciones individuales y familiares, grupales o comunitarias, implicando la necesidad de defender este derecho como base para un buen estado de salud y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población extranjera en situación de vulnerabilidad social facilitando el acceso a la asistencia sanitaria, a través de la promoción de la Instrucción de 7 de agosto de 2015.
- 2) Que el personal que trabaja en nuestro entorno, tengan la información suficiente y necesaria para saber donde derivar a las personas que detecten sin tarjeta sanitaria.
- 3) Que se puedan establecer cauces de comunicación y cooperación entre las entidades sociales del entorno que trabajan con población extranjera y/o sin recursos.
- 4) Hacer llegar información sobre la Instrucción a los puntos estratégicos como locutorios, restaurantes, mezquitas, asociaciones de inmigrantes, etc y establecer cauces de comunicación con éstos, favoreciendo el hacer efectivo el derecho a asistencia sanitaria en los supuestos referidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

- 5) Implicar a los servicios de admisión del Hospital y del Centro de Salud.
- 6) Llevar a cabo sugerencias de mejora para el procedimiento actual.

MÉTODO

Las trabajadoras sociales del Sector Sanitario de Barbastro, tanto de Atención Primaria (Centro de Salud de Barbastro) como de Especializada (Hospital de Barbastro) nos coordinaremos al respecto y trabajaremos en conjunto.

Para llevar a cabo nuestros objetivos nos plantearemos una serie de actividades.

- Durante todo este tiempo recogeremos INCIDENCIAS sobre casos que conocemos recogiendo y naturaleza de éstas
- Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR social cuando no cumpla criterios y haya que estudiar el caso dirigido a los diferentes Servicios de Admisión y de S.A.U, en coordinación con trabajadores sociales de cada centro sanitario.
- Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN con red de servicios sociales comunitarios y especializados y con entidades que trabajan con extranjeros.

INDICADORES

Recogeremos el número de:

A. Registro de casos derivados desde:

- SAU/ Admisión
- Otros sanitarios (médicos, enfermeras, etc)
- Servicios Sociales de Base u otros.
- La calle, es decir, que sean los propios extranjeros que deriven a familiares, amigos, compañeros...

B. Registro de Incidencias.

C. Puntos clave donde se ha hecho difusión.

DURACIÓN

Noviembre 2016:

1. Elaboración de:

- "Registro de incidencias" común.
- Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

Noviembre 2016- Mayo 2017: Registro de Incidencias y derivaciones.

Noviembre 2016 - Enero 2017:

- Determinar un mapa de puntos clave de cada Sector y establecer sistema de difusión.
- Difusión Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

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 - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA TOA LARDIES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLES TORRES ELISA
LOBERA PRIETO CARMEN
CALVO SARVISE MARIA JOSE
SALAS ESCRIBANO LORENA
IBOR MARCUELLO MONICA
TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DE EQUIPO OCTUBRE 2016: Presentación del proyecto y reparto de tareas.
REUNIÓN DE EQUIPO MARZO 2017: Revisión del trabajo realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Organización de todo el material de aislamiento (carro y baño asistido),que todo el personal conoce
-Talleres de aislamientos,con el personal de urgencias .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/193 ===== ***

Nº de registro: 0193

Título
GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Autores:
TOA LARDIES ELENA, VALLES TORRES ELISA, IBOR MARCUELLO MONICA, MUR BORRACHERO LORENA, TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA, CALVO SARVISE MARIA JOSE, LOBERA PRIETO CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En agosto del 2014 llegó a España la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), procedente de países como Sierra leona, Guinea y Liberia, denominados zonas endémicas. Dicha enfermedad letal tanto en los países de procedencia como en el continente europeo, se estimó en este último brote, la tasa promedio de mortalidad en un 50% (OMS). A la hora de tratar un posible caso en el servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, se objetivó que el personal sanitario no estaba suficientemente formado en prevención y el uso de EPI's y aunque había protocolos de aislamiento intrahospitalarios, se encontraron múltiples irregularidades, deficiencias en estructuras arquitectónicas y el personal sanitario se sentía indefenso por la falta de formación. La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con patología infectocontagiosa y las infecciones nosocomiales han sido frecuentes cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Ante la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas atendidas en un servicio de urgencias, entendemos la importancia de implementar mejoras en seguridad, por ello creemos conveniente este plan de mejora.

Se plantean los siguientes objetivos (líneas de introducción)

- Disminuir la variabilidad estableciendo las recomendaciones en el ámbito de urgencias.
- Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores.
- Utilizar los recursos de forma eficiente adecuando el material a cada situación concreta.
- Evitar la exposición de riesgo biológico a los trabajadores.
- Disminuir incidencia de infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación basado en evidencia científica actual que incluya medidas de mejora, concretas y evaluables, que contribuyan a gestionar los aislamientos hospitalarios haciéndolas más eficientes.
- Que todo el personal sanitario se familiarice con los tipos de aislamiento y actuación a seguir en los mismos.
- Establecer un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa.
- Aumentar la seguridad de los trabajadores y del propio usuario.
- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los pacientes y acompañantes.
- Evaluación de la mejora de los resultados.

MÉTODO

- Analizar la situación actual en el servicio de urgencias.
- Selección del grupo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento de actuación basado en la evidencia científica actual.
- Formación de todo el personal de urgencias mediante sesiones clínicas.
- (% personal formado mediante sesión clínica= profesionales formados / total de profesionales del servicio x 100)
- Índice de satisfacción. Encuesta tras la sesión clínica para medir la satisfacción de los profesionales formados.
- Elaboración de posters indicando tipos de aislamiento y medidas a tomar.
- Permanente actualización con el servicio de preventiva.
- Realizar un inventario del material de aislamiento y revisar el mismo con periodicidad mensual.
- Actualización del carro de aislamientos.
- Inclusión de las recomendaciones en la intranet del sector.
- Evaluación y puesta en marcha de las acciones de mejora.
- Crear buzón de incidencias para los profesionales.

INDICADORES

1. Los pacientes con enfermedad infectocontagiosa deben de tener "aislamiento" pautado en PCH.
 2. Los pacientes con "aislamiento" pautado en PCH deben de tener realizado el aislamiento correcto.
 3. El personal del servicio debe estar formado mediante sesión clínica.
- Formar al personal del servicio en aislamientos.
4. Medir índice de satisfacción de los profesionales formados.
 5. Protocolo finalizado y colgado en la intranet.

DURACIÓN

1. Inicio proyecto : Septiembre 2016
2. Reparto de tareas : Octubre 2016
3. Sesiones clínicas: Diciembre 2016.
4. Indicadores a evaluar y nuevas propuestas de mejora (reevaluación): Febrero 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: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA TOA LARDIES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES TORRES ELISA
SALAS ESCRIBANO LORENA
GRACIA MAIRAL AIMAR
LACOMA ABADIA ANA
GRACIA MARGALEJO LAURA
TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA
GARCES CAMPO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Talleres de diferentes tipos de aislamientos con el personal de urgencias
En las jornadas de calidad del Hospital de Barbastro, presentación de comunicación oral " Uso de mascarillas en ambiente hospitalario "
Elaboración de un díptico informativo para el paciente "posible caso gripe ", triado y que debe esperar en urgencias .
Se retira sistema de almacenamiento de mascarillas FPP2 / FPP3 por el mal uso que se estaba realizando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El personal de urgencias se ha familiarizado con los diferentes tipos de aislamiento, por consiguiente se ha mejorado la seguridad del paciente y de los trabajadores .
Se ha disminuido la variabilidad en los procedimientos de aislamiento y se utiliza el material de manera mas eficiente .
Se ha establecido un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa .
Se ha mejorado la comunicación de los profesionales hacia pacientes y acompañantes en caso de aislamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Presentamos memoria final del proyecto, ya que se han alcanzado los objetivos previstos, mejorando los conocimientos del personal y disminuyendo la variabilidad.
Con la puesta en marcha de un grupo de trabajo en el servicio de urgencias, dirigido a las necesidades formativas y de reciclaje del personal, incluiremos información referida a los aislamientos según necesidades detectadas en el mismo servicio, para mejorar la calidad asistencial .
Una característica del servicio de urgencias, es el cambio continuo de personal y la necesidad de formación continua .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/193 ===== ***

Nº de registro: 0193

Título
GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Autores:
TOA LARDIES ELENA, VALLES TORRES ELISA, IBOR MARCUELLO MONICA, MUR BORRACHERO LORENA, TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA, CALVO SARVISE MARIA JOSE, LOBERA PRIETO CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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 - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En agosto del 2014 llegó a España la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), procedente de países como Sierra leona, Guinea y Liberia, denominados zonas endémicas. Dicha enfermedad letal tanto en los países de procedencia como en el continente europeo, se estimó en este último brote, la tasa promedio de mortalidad en un 50% (OMS). A la hora de tratar un posible caso en el servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, se objetivó que el personal sanitario no estaba suficientemente formado en prevención y el uso de EPI's y aunque había protocolos de aislamiento intrahospitalarios, se encontraron múltiples irregularidades, deficiencias en estructuras arquitectónicas y el personal sanitario se sentía indefenso por la falta de formación.

La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con patología infectocontagiosa y las infecciones nosocomiales han sido frecuentes cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.

Ante la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas atendidas en un servicio de urgencias, entendemos la importancia de implementar mejoras en seguridad, por ello creemos conveniente este plan de mejora.

Se plantean los siguientes objetivos (líneas de introducción)

- Disminuir la variabilidad estableciendo las recomendaciones en el ámbito de urgencias.
- Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores.
- Utilizar los recursos de forma eficiente adecuando el material a cada situación concreta.
- Evitar la exposición de riesgo biológico a los trabajadores.
- Disminuir incidencia de infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación basado en evidencia científica actual que incluya medidas de mejora, concretas y evaluables, que contribuyan a gestionar los aislamientos hospitalarios haciéndolas más eficientes.
- Que todo el personal sanitario se familiarice con los tipos de aislamiento y actuación a seguir en los mismos.
- Establecer un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa.
- Aumentar la seguridad de los trabajadores y del propio usuario.
- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los pacientes y acompañantes.
- Evaluación de la mejora de los resultados.

MÉTODO

- Analizar la situación actual en el servicio de urgencias.
- Selección del grupo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento de actuación basado en la evidencia científica actual.
- Formación de todo el personal de urgencias mediante sesiones clínicas.
- (% personal formado mediante sesión clínica= profesionales formados / total de profesionales del servicio x 100)
- Índice de satisfacción. Encuesta tras la sesión clínica para medir la satisfacción de los profesionales formados.
- Elaboración de posters indicando tipos de aislamiento y medidas a tomar.
- Permanente actualización con el servicio de preventiva.
- Realizar un inventario del material de aislamiento y revisar el mismo con periodicidad mensual.
- Actualización del carro de aislamientos.
- Inclusión de las recomendaciones en la intranet del sector.
- Evaluación y puesta en marcha de las acciones de mejora.
- Crear buzón de incidencias para los profesionales.

INDICADORES

1. Los pacientes con enfermedad infectocontagiosa deben de tener "aislamiento" pautado en PCH.
 2. Los pacientes con "aislamiento" pautado en PCH deben de tener realizado el aislamiento correcto.
 3. El personal del servicio debe estar formado mediante sesión clínica.
- Formar al personal del servicio en aislamientos.
4. Medir índice de satisfacción de los profesionales formados.
 5. Protocolo finalizado y colgado en la intranet.

DURACIÓN

1. Inicio proyecto : Septiembre 2016
2. Reparto de tareas : Octubre 2016
3. Sesiones clínicas: Diciembre 2016.
4. Indicadores a evaluar y nuevas propuestas de mejora (reevaluación): Febrero 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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

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 - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 17/02/2018

2. RESPONSABLE NOEMI DIAZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN
CLIMENTE LATORRE DIANA
ARCAS VILLACAMPA MERCEDES
BRAVO TRICAS IRENE
GONZALEZ GARCIA MAGDALENA
CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una búsqueda bibliográfica en una segunda reunión del equipo en el mes de mayo. Se encontró material de otros centros, sobretodo dirigido para personal de "pool". Asimismo en esa reunión se elaboró una encuesta de satisfacción a personal que de nueva incorporación en nuestra unidad.
 - La encuesta se realizó a personal de nueva incorporación que había pasado por nuestra unidad los dos años anteriores a esta fecha tanto personal de enfermería como auxiliares de enfermería.
 - A partir de las encuestas y de un diagrama causa-efecto de Ishikawa se identificaron los posibles problemas de nuestra unidad.
 - Durante los meses de septiembre a enero se ha realizado un tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado tales como números de teléfono usuales, estructuración del área de urgencias, número de camas, sistema de triaje, etc. A la vez se han diseñado unas hojas donde de forma esquematizada encontramos las tareas para cada grupo profesional en cada turno y en las diferentes ubicaciones de nuestra unidad. Así, quedan explícitas en cada hoja de forma rápida y visual. Cuando el profesional de nueva incorporación llega a una ubicación en nuestro servicio puede recurrir a la hoja informativa que allí se encuentra para servirle de apoyo en las tareas a realizar.
- En el momento actual se está a la espera de validación por dirección del material realizado, puesta en marcha del proyecto y realización de una nueva encuesta para la evaluación del proceso realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN SEGUIMIENTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN SEGUIMIENTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/206 ===== ***

Nº de registro: 0206

Título
GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
DIAZ MARTINEZ NOEMI, MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN, CLIMENTE LATORRE DIANA, ARCAS VILLACAMPA MERCEDES, BRAVO TRICAS IRENE, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA, CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD, LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRABAJADORES DEL SALUD
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Otro Enfoque.....: MEJORAR ADAPTACIÓN AL NUEVO PUESTO DE TRABAJO EN UN SERVICIO ESPECIAL

PROBLEMA

En el Hospital de Barbastro, que abarca una población de 150.000 habitantes, se atienden pacientes de cualquier edad y todo tipo de patologías. Por ello, nuestro personal debe ser competente ante las diferentes situaciones que nos encontramos día a día. Para cubrir las necesidades de nuestra plantilla como el periodo vacacional, bajas, permisos, etc., se origina un gran movimiento de personal de nueva incorporación, lo que produce una lógica incertidumbre para el recién llegado y también para el resto del equipo. Esto, nos hace plantear la necesidad de realizar una herramienta que facilite la adaptación e integración de nuevos trabajadores.

Nuestra experiencia nos lleva a la idea de la necesidad de una herramienta práctica y sencilla para facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, sobre todo pensando en el personal eventual que no dispone de tiempo de adaptación por la prontitud de su llamamiento.

Es una propuesta encaminada a mejorar la acogida facilitando el primer contacto para que la integración sea de la manera más eficaz y así disminuir la ansiedad y aumentar la seguridad con los niveles óptimos de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación en la unidad de Urgencias.
- Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales de nueva incorporación.
- Disminuir la ansiedad que genera en el profesional la primera toma de contacto con nuestra unidad.
- Evitar la distorsión en el ritmo de trabajo.
- Facilitar la integración del trabajador.
- Que el personal de nueva incorporación tenga herramientas para trabajar con seguridad.
- Crear una guía rápida de orientación a nivel asistencial a los profesionales de nueva incorporación.
- Diseñar una herramienta de uso rápido que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

MÉTODO

1. Búsqueda bibliográfica sobre planes de acogida y funciones enfermeras en unidades específicas. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.
2. Realización de encuesta de satisfacción del plan de acogida vigente a personal de nueva incorporación a nuestra unidad. Todo el equipo
3. Análisis de la encuesta y valoración de propuestas. Todo el equipo
4. Identificación de problemas a través de lluvia de ideas. Todo el equipo
5. Análisis de problemas con un diagrama causa-efecto de Ishikawa. Todo el equipo
6. Elaboración del diseño de las hojas rápidas informativas de la organización y funcionamiento de cada área de urgencias, así como tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado. Las enfermeras del equipo realizarán las hojas de enfermería y las TCAEs realizarán la parte de auxiliares.
7. Aplicación y divulgación de la nueva herramienta de acogida al personal de nueva incorporación. Todo el equipo
8. Elaboración encuesta postacogida para evaluar las medidas establecidas. Todo el equipo
9. Análisis de la encuesta. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz
10. Evaluación y divulgación del proceso. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.

INDICADORES

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas
-----X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar, el 70% de las enfermeras de nueva incorporación encuestadas.

Nº enfermeras de nueva incorporación acogidas
----- X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar el 80% de enfermeras de nueva incorporación se les informará del plan de acogida.

Indicador de resultado: dimensión satisfacción

Nº enfermeras de nueva incorporación satisfechas
-----X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas

Estándar, el 60% de las enfermeras de nueva incorporación están satisfechas.

DURACIÓN

Búsqueda bibliográfica SEPTIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción OCTUBRE, NOVIEMBRE

Identificación y análisis de problemas SEPTIEMBRE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Diseño hojas informativas y tríptico	NOVIEMBRE, DICIEMBRE
Aplicación del plan de mejora	DICIEMBRE
Elaboración encuesta satisfacción del plan de mejora	DICIEMBRE, ENERO, FEBRERO
Análisis de la encuesta y evaluación del proceso	MARZO, ABRIL
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 - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE NOEMI DIAZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN
CLIMENTE LATORRE DIANA
ARCAS VILLACAMPA MERCEDES
BRAVO TRICAS IRENE
GONZALEZ GARCIA MAGDALENA
CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en una segunda reunión del equipo en el mes de mayo. Se encontró material de otros centros, sobre todo dirigido para personal de "pool". Así mismo en esa reunión se elaboró una encuesta de satisfacción a personal que de nueva incorporación en nuestra unidad.

La encuesta se realizó a personal de nueva incorporación que había pasado por nuestra unidad los dos años anteriores a esta fecha tanto personal de enfermería como auxiliares de enfermería.

A partir de las encuestas y de un diagrama causa-efecto de Ishikawa se identificaron los posibles problemas de nuestra unidad.

Durante los meses de septiembre a enero se realizó un tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado tales como números de teléfono usuales, estructuración del área de urgencias, número de camas, sistema de triaje, etc. A la vez se diseñaron unas hojas de forma esquematizada encontramos las tareas para cada grupo profesional en cada turno y en las diferentes ubicaciones de nuestra unidad (traje, consultas generales, críticos y sala observación). Así, quedan explícitas en cada hoja de forma rápida y visual. Cuando el profesional de nueva incorporación llega a una ubicación en nuestro servicio puede recurrir a la hoja informativa que allí se encuentra para servirle de apoyo en las tareas a realizar.

Una vez validado todo el material por la dirección del hospital se divulgó nuestro programa entre los profesionales de nuestro servicio y se instauraron las hojas informativas en cada ubicación de urgencias. Cuando acude un nuevo profesional sanitario a nuestro servicio la supervisora le enseña el servicio, le presenta a los compañeros y le entrega el tríptico informativo para su uso personal, a su vez, se le explica cómo usar las herramientas de consulta rápida que atañen la dinámica de trabajo, éstas, están ubicadas en cada una de las diferentes ubicaciones.

Tras la instauración de nuestro proyecto, se elaboró una nueva encuesta de satisfacción al personal de nueva incorporación para poder evaluarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los primeros resultados obtenidos fueron la evaluación de las encuestas antes de instaurar el proyecto. Tenemos una muestra pequeña respecto a la muestra total de personas de nueva incorporación que pasaron durante los dos años antes del proyecto por nuestro servicio. Esta falta de muestra se debe a que la mayoría de profesionales se han jubilado, están trasladados a otros hospitales y bajas por enfermedad. A pesar de ello, en estas encuestas los profesionales dejan constancia de la necesidad de unas herramientas que les dé más seguridad en el trabajo debido a la especialización de nuestro servicio.

Las encuestas realizadas tras el proyecto revelan los resultados de los indicadores que nos habíamos propuesto en un principio.

Entre ellos obtenemos un 85,71% de personal de nueva incorporación encuestado. Partíamos de alcanzar un 70%. Al 81% se le realizó el plan de acogida. Fueron acogidos por la supervisora, visita guiada por la unidad y se les entregó el tríptico de acogida y las hojas informativas del área donde iban a estar ubicados.

Otro ítem a tener en cuenta es el grado de satisfacción de la guía rápida elaborada que les permite obtener información de sus tareas a realizar. En este indicador se ha obtenido un 100% de satisfacción.

Tras la divulgación del proyecto, los profesionales sanitarios del servicio se muestran más seguros al contar con una herramienta útil y rápida de apoyo cuando sus compañeros de nueva incorporación les piden ayuda sobre la dinámica del servicio. A su vez, los encuestados refieren que se sienten más seguros y más independientes en sus tareas al estar registradas de forma fácil y ágil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este equipo de mejora valora muy positivamente la implantación de una guía rápida del funcionamiento interno para personal de nueva incorporación. Este material es fundamental sobre todo cuando nuestro servicio tiene una gran demanda asistencial y a su vez acude una persona que no ha estado anteriormente en nuestro servicio en un día festivo que la supervisora no puede realizar la pertinente acogida al servicio.

Es un material ágil donde se especifican las tareas de forma clara de cada ubicación para cada profesional y según el turno del día en el que nos encontramos.

Con ello, podemos nombrar algunos de los objetivos planteados alcanzados. Se evita la distorsión del ritmo de trabajo, se disminuye la ansiedad del profesional en su primer día en el servicio y sobre todo ganamos en seguridad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Hasta ahora sólo contábamos con un gran dossier dónde se explica detalladamente todo el funcionamiento del servicio, pero este material es inviable para un profesional que sólo va a estar puntualmente en nuestro servicio.

Nuestras hojas informativas, no sólo se han realizado de las ubicaciones que ocupan los profesionales recién llegados, sino que también están descritas aquéllas como triaje y críticos. En estas ubicaciones no se ha evaluado la satisfacción del profesional mediante encuesta. Nos sería de gran ayuda saber si este proyecto también es de interés para los profesionales que son habituales en nuestro servicio y asumen por primera vez una ubicación específica de gran responsabilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/206 ===== ***

Nº de registro: 0206

Título
GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
DIAZ MARTINEZ NOEMI, MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN, CLIMENTE LATORRE DIANA, ARCAS VILLACAMPA MERCEDES, BRAVO TRICAS IRENE, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA, CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD, LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRABAJADORES DEL SALUD
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: MEJORAR ADAPTACIÓN AL NUEVO PUESTO DE TRABAJO EN UN SERVICIO ESPECIAL

PROBLEMA

En el Hospital de Barbastro, que abarca una población de 150.000 habitante, se atienden pacientes de cualquier edad y todo tipo de patologías. Por ello, nuestro personal debe ser competente ante las diferentes situaciones que nos encontramos día a día. Para cubrir las necesidades de nuestra plantilla como el periodo vacacional, bajas, permisos, etc., se origina un gran movimiento de personal de nueva incorporación, lo que produce una lógica incertidumbre para el recién llegado y también para el resto del equipo. Esto, nos hace plantear la necesidad de realizar una herramienta que facilite la adaptación e integración de nuevos trabajadores.

Nuestra experiencia nos lleva a la idea de la necesidad de una herramienta práctica y sencilla para facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, sobre todo pensando en el personal eventual que no dispone de tiempo de adaptación por la prontitud de su llamamiento.

Es una propuesta encaminada a mejorar la acogida facilitando el primer contacto para que la integración sea de la manera más eficaz y así disminuir la ansiedad y aumentar la seguridad con los niveles óptimos de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación en la unidad de Urgencias.
- Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales de nueva incorporación.
- Disminuir la ansiedad que genera en el profesional la primera toma de contacto con nuestra unidad.
- Evitar la distorsión en el ritmo de trabajo.
- Facilitar la integración del trabajador.
- Que el personal de nueva incorporación tenga herramientas para trabajar con seguridad.
- Crear una guía rápida de orientación a nivel asistencial a los profesionales de nueva incorporación.
- Diseñar una herramienta de uso rápido que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

MÉTODO

1. Búsqueda bibliográfica sobre planes de acogida y funciones enfermeras en unidades específicas. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.
2. Realización de encuesta de satisfacción del plan de acogida vigente a personal de nueva incorporación a nuestra unidad. Todo el equipo
3. Análisis de la encuesta y valoración de propuestas. Todo el equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

4. Identificación de problemas a través de lluvia de ideas. Todo el equipo
5. Análisis de problemas con un diagrama causa-efecto de Ishikawa. Todo el equipo
6. Elaboración del diseño de las hojas rápidas informativas de la organización y funcionamiento de cada área de urgencias, así como tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado. Las enfermeras del equipo realizarán las hojas de enfermería y las TCAEs realizarán la parte de auxiliares.
7. Aplicación y divulgación de la nueva herramienta de acogida al personal de nueva incorporación. Todo el equipo
8. Elaboración encuesta postacogida para evaluar las medidas establecidas. Todo el equipo
9. Análisis de la encuesta. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz
10. Evaluación y divulgación del proceso. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.

INDICADORES

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas -----X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar, el 70% de las enfermeras de nueva incorporación encuestadas.

Nº enfermeras de nueva incorporación acogidas ----- X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar el 80% de enfermeras de nueva incorporación se les informará del plan de acogida.

Indicador de resultado: dimensión satisfacción
Nº enfermeras de nueva incorporación satisfechas -----X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas

Estándar, el 60% de las enfermeras de nueva incorporación están satisfechas.

DURACIÓN

Búsqueda bibliográfica SEPTIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción OCTUBRE, NOVIEMBRE

Identificación y análisis de problemas SEPTIEMBRE

Diseño hojas informativas y tríptico NOVIEMBRE, DICIEMBRE

Aplicación del plan de mejora DICIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción del plan de mejora DICIEMBRE, ENERO, FEBRERO

Análisis de la encuesta y evaluación del proceso MARZO, ABRIL

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 - 2016/0697

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA ANDRES ALIERTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNALDA BAILO ISABEL
DOMEC LLORET REYES
FERNANDEZ PORTAL TERESA
LACASA FENES PAZ
DIESTE SILVA PURIFICACION
PALACIOS DIAZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DEL EQUIPO EN OCTUBRE DEL 2016: explicación del método y reparto de tareas.
REUNIÓN DEL EQUIPO EN FEBRERO DEL 2017 : Revisión del trabajo realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cambio del armario de organización de documentación de pacientes en consulta y pendientes de resultados.
Organización de la documentación de críticos.
Organización de los documentos de sala de observación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
seguimiento.

7. OBSERVACIONES.
Seguimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/697 ===== ***

Nº de registro: 0697

Título
ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

Autores:
PESQUER VILAS ISABEL, ANDRES ALIERTA MARTA, ARNALDA BAILO ISABEL, DOMEC LLORET REYES, GROS SANAGUSTIN LAURA, POLO MARTINEZ MARTA, FERNANDEZ PORTAL TERESA, LACASA FENES PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de las obras de ampliación realizadas en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro hace ya 10 años, en nuestro día a día es evidente que el espacio se queda pequeño. Hay dos periodos claros en los que se produce un aumento de las asistencias:
- periodo invernal: reagudización de la patología de base en nuestra población envejecida
- periodo estival: aumento de la población por el turismo y cierre de camas en el hospital
Especialmente en estas épocas se genera un desequilibrio entre la demanda asistencial y los recursos materiales y humanos. Nos vemos obligados prácticamente a duplicar nuestra capacidad física para seguir atendiendo pacientes y que no se disparen las horas de espera. En estos momentos hemos detectado una falta de control en la ubicación de los pacientes y dificultando la tarea asistencial. Creando también situaciones estresantes y un enrarecimiento del clima laboral.
Ante esta situación que se repite año tras año, hemos decidido ponernos en marcha para unificar la forma de ubicar y organizar la documentación de los pacientes. De esta forma aumentar la seguridad de los pacientes y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0697

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

disminuir en estos momentos la sensación de "caos".

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestros OBJETIVOS son:

En relación al paciente:

1.- Aumentar la seguridad del paciente

1.1.- Tener controlada la ubicación física de todos los pacientes que estén en un momento determinado en urgencias.

1.2.- La documentación clínica correspondiente a cada paciente ha de estar ordenada y archivada adecuadamente.

2.- Que se sienta satisfecho con la atención recibida

En relación a los profesionales:

1.- Esperamos mejorar el clima laboral.

2.- Mejorar la satisfacción del profesional

En relación a la institución:

1.- Mejorar la efectividad de nuestro trabajo al no tener que invertir tiempo extra buscando resultados de pruebas que se han extraviado.

MÉTODO

Justificamos la elección del problema usando el método de Hanlon.

Rellenaremos un diagrama de Issikawa realizando una lluvia de ideas para conocer qué variables afectan a nuestro problema.

Una vez completado analizaremos sobre qué variables podemos incidir.

Para priorizar nos basaremos en la comparación por pares y diagrama de Pareto.

Identificación de problemas a través de una tormenta de ideas, participará todo el equipo.

Modificación del armario archivador de documentación de pacientes, acorde al número de reconocimientos.

Solicitar planchetas numeradas con todas las posibles ubicaciones de los pacientes.

Solicitar autorización para que enfermería pueda modificar la ubicación de los pacientes en el programa informático PCH.

Aplicación y divulgación a todo el personal, de las nuevas herramientas de trabajo.

INDICADORES

Los indicadores serán:

- Número de pacientes que están bien ubicados en un momento determinado en el PCH.
- Número de pacientes que tienen la documentación clínica bien ordenada.
- El panel con las etiquetas de los pacientes que están en urgencias está actualizado en todo momento.
- Los papeles de los pacientes que se han ido de alta están recogidos y archivados.
- La mesa del control está limpia de papeles (analíticas, electros, etiquetas...)
- La enfermera de triaje conoce el estado de ocupación de los reconocimientos.
- La enfermera de triaje conoce a los pacientes que están esperando en la sala de espera.
- Número de reclamaciones provocadas por esta situación.

Haciendo cortes en diferentes momentos del día y de la semana, comprobaremos en qué grado se cumplen los indicadores anteriores.

Después de la intervención, reevaluaremos para conocer la eficacia de nuestras actuaciones

DURACIÓN

Inicio del proyecto y solicitud de aprobación: junio de 2016

Explicación del método y reparto de tareas: octubre 2016

Sesión clínica y puesta en común: noviembre 2016

Aplicación de las medidas a tomar: noviembre 2016

Reevaluación: enero 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 - 2016/0966

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ELISA VALLES TORRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS
TORRES PENA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MAGDA
RENAU GONZALEZ LAIA
GARCES CAMPO BEGOÑA
ASPAS LARTIGA CARLOS
TOA LARDIES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de grupo de trabajo y organización de tareas por grupos.
Diseño de un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
Encuesta al personal del servicio de urgencias sobre las técnicas de interés para realizar las sesiones clínicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no se han obtenido resultados palpables, ya que por motivos de disolución del grupo de trabajo por motivos varios (cambio de lugar de trabajo, traslados y oposiciones) se decidió paralizar el proyecto hasta la estabilización y creación de un nuevo equipo.
Se ha vuelto a crear el equipo con un valor añadido, incorporar a compañeros que han trabajado, anteriormente y en este momento en la UCI de nuestro hospital, para poder unificar actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hubo un gran interés por parte de los compañeros al presentar el proyecto de formación continuada y la futura realización de sesiones con técnicas del paciente crítico en urgencias.
Queda pendiente estandarizar actuaciones ante el paciente crítico para disminuir la variabilidad y mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados. Elaborar un calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados con encuestas de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.
Sentimos no poder mostrar una memoria completa del proyecto y nos gustaría poder tener la oportunidad de realizarlo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/966 ===== ***

Nº de registro: 0966

Título
ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CON RCP E IOT Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Autores:
VALLES TORRES ELISA, LACOMA ABADIA ANA MILAGROS, TORRES PEÑA ISABEL, GARGALLO BERNAD CESAR, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0966

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

INTRODUCCIÓN. La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención paciente con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales. Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente con PCR y de la técnica de intubación.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO. El objetivo general es la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente crítico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.

MÉTODO

1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados.
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados. (Mayo-Junio y Noviembre-Diciembre)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.

INDICADORES

1. Constatar la elaboración del plan de formación
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
 - Número de profesionales que reciben la formación.
 - Autoevaluación al finalizar las sesiones para comprobar la asimilación de los conocimientos impartidos por medio de cuestionario.
 - Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

DURACIÓN

1. Elaboración de Plan de formación: Enero- Abril 2017.
2. Puesta en marcha: Mayo-Junio 2017.
3. Autoevaluación: Junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 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 - 2016/1477

1. TÍTULO

ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORDAS BUIL YOLANDA
TORRES PEÑA ISABEL
BENITO RUIZ BEATRIZ
LORIENTE MARTINEZ CLARA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
EITO CUELLO JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
- Se han realizado 3 reuniones del grupo
- Análisis de la situación en los EAP y urgencias (no se disponía de protocolos)
- Reparto de las tres patologías seleccionadas entre los miembros del grupo
- Actualización y envío a los coordinadores de los EAP y al servicio de urgencias del hospital el listado de medicamentos analgésicos disponibles en los botiquines de los EAP
- Búsqueda y clasificación de la bibliografía
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento. Además de bibliografía también se ha realizado el envío de boletines farmacoterapéuticos del ámbito del SNS en los que aparecen dichos algoritmos.
- Se han establecido los criterios para la elaboración de la guía: escalas de abordaje del dolor, algoritmos de tratamiento farmacológico, líneas de abordaje, establecer los criterios para pasar de una línea a otra... Se concretará cuanto más mejor el fármaco a utilizar basándonos en criterios de eficacia, seguridad y eficiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· Hasta el momento no se han alcanzado la totalidad de los objetivos propuestos, es necesario continuar con el proyecto en 2018, consolidando las reuniones y la coordinación entre AP y urgencias, tratando además de incorporar a otros servicios.

ACTIVIDADES PENDIENTES
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento.
- Elaborar protocolos consensuados entre AP y servicio de urgencias que puedan ser consultados y seguidos por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Difusión y formación en Centros de Salud y Hospital.

- Posibilidad de editar una guía y trípticos para difusión y consulta
- Posibilidad de incorporar al grupo a otras especialidades (2018).
- Estudio de la posibilidad de incorporar unas indicaciones de derivación a fisioterapia (2018)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
· No se disponía de protocolos en los equipos de atención primaria y/o urgencias
· Buena coordinación entre niveles asistenciales (AP - urgencias)
· Reparto de tareas y responsabilidades entre los miembros del grupo de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1477 ===== ***

Nº de registro: 1477

Título
ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, BORDAS BUIL YOLANDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia. Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas. Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Reparto de las tres patologías entre los miembros del grupo
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

INDICADORES

- N° de centros con los protocolos implantados

DURACIÓN

Enero-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 - 2016/1477

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL DOLOR

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUISAN GIRAL MARIA JOSE
LORIENTE MARTINEZ CLARA
TORRES PEÑA ISABEL
BENITO RUIZ BEATRIZ
QUITO RAMOS IVAN
GARCIA MINGUEZ MARIA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Grupo constituido
- 5 reuniones del grupo (AE-AP)
- Selección de bibliografía de interés, se ha revisado y se ha presentado al grupo
- 3 patologías están adecuadas a protocolo (lumbalgia, gonalgia, hombro doloroso)
- Protocolo de tratamiento y circuito asistencial finalizado de la lumbalgia, que facilitará la comunicación entre profesionales AP-AE
- Los protocolos de la gonalgia y el hombro doloroso están siendo redactados
- 1 sesión de formación de la lumbalgia (30 minutos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta que no se dé por finalizado el proyecto (3 patologías) no se pueden analizar los resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Necesitamos más tiempo para finalizar todos los objetivos planteados.
- La intención es ampliar el grupo (incorporando también profesionales de otros sectores sanitarios) para así poder abarcar más patologías
- Como propuestas de futuro se valorará la inclusión de algunas patologías como coxalgia, cervicalgia, etc
- Se valorará dar el proyecto por finalizado y crear una comisión/grupo de trabajo dependiente de la Comisión de uso racional del medicamento. La comisión se podría llamar "COMISIÓN PARA MEJORAR EL ABORDAJE DEL DOLOR", con participación de profesionales del ámbito de la atención primaria y especializada

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1477 ===== ***

Nº de registro: 1477

Título
ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, BORDAS BUIL YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL DOLOR

Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia. Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas. Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Reparto de las tres patologías entre los miembros del grupo
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

INDICADORES

- N° de centros con los protocolos implantados

DURACIÓN

Enero-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ TORGUET ANA
YSEBIE RONSE ISABEL
GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO
CANELLAS SANCHEZ PILAR
COLL CLAVERO JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
- Adaptación de un espacio en la Intranet y creación de un formulario consensuado accesible para todos (AP-AE)
- Consenso en indicaciones (apoyo en RX, ECG, Lab)
- Adaptar los circuitos para que cuando el médico de Atención Primaria necesite apoyo realice una interconsulta telemática y avise por teléfono de contacto. Posteriormente el médico en el Servicio de Urgencias informa en el tiempo establecido.
- Sesiones formativas en varios centros de salud del sector (Aínsa, Berbegal, Tamarite, Barbastro, Graus y Castejón de Sos). Además se dedicó un tiempo a explicarlo en una comisión técnico asistencial de atención primaria.

En Servicio de Urgencias

- Sistemas corporativos (HCE, PCH, intranet, videoconferencia, ...) se han adaptado
- Profesional del Servicio designado responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo
- Teléfono de contacto directo

En Atención Primaria

- Posibilidad de solicitud de interconsulta telemática (OMI)
- Acceso a videoconferencia (opcional), aunque no se ha llegado a desarrollar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han realizado un total de 142 interconsultas de urgencias con atención primaria desde el inicio del programa, con una buena satisfacción desde todas las partes implicadas.
- A mediados de 2017 se implantó el sistema de interconsulta virtual para las interconsultas con atención especializada y paulatinamente ha ido disminuyendo la actividad esta plataforma para incorporarse a la nueva, que es muy similar a la anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha establecido un canal de comunicación entre atención primaria y urgencias que se ha demostrado eficaz y con una alta satisfacción por parte de todos los profesionales implicados

ACTIVIDADES PENDIENTES

- Revisar por qué desde la implantación de la interconsulta virtual ha disminuido la actividad de derivaciones en la plataforma de urgencias.
- Nota interna y recordatorio en comisión técnico asistencial de atención primaria de la sistemática de realización de las interconsultas telemáticas con el servicio de urgencias.
- Posibilidad de aumentar los horarios (tarde, noche, días festivos y fin de semana)
- Realizar más talleres formativos, tanto en urgencias como en los centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1478 ===== ***

Nº de registro: 1478

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

EITO CUELLO JUAN JOSE, VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA, YSEBIE RONSE ISABEL, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PASCUAL FRANCO MONICA, CAVERO TOLOSA ANA MARIA, COLL CLAVERO JUAN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional que debe de tomar una decisión médica en breve lapso de tiempo.
Evitar desplazamientos de pacientes a urgencias probablemente innecesarios motivados por incertidumbre del médico.
Elevada capacidad de resolución de la interconsulta virtual (aprox 80%), que no se ve influenciada por la edad del paciente.
Acercar atención urgente especializada a atención primaria.
Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

- Permitir el asesoramiento médico urgente, mediante interconsulta virtual y contacto síncrono con el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, para mejorar la capacidad de resolución desde el Centro de Salud de Atención Primaria en tiempo óptimo.
- mediante la aplicación de las nuevas tecnologías a la Medicina de Urgencias
- pudiendo proponer opciones para el correcto diagnóstico de patologías, así como orientación terapéutica.
- Evitar desplazamientos innecesarios de pacientes al hospital.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Formulario consensuado accesible para todos mediante la intranet.
Consenso en indicaciones (apoyo en RX, ECG, Lab)
Cuando el médico de Atención Primaria necesita apoyo realizará una interconsulta telemática y avisará por teléfono de contacto.
El médico en el Servicio de Urgencias informa en el tiempo establecido.
En Servicio de Urgencias
- Sistemas corporativos (HCE, PCH, intranet, videoconferencia, ...)
- Profesional del Servicio designado responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo
- Teléfono
En Atención Primaria
- Solicitud interconsulta virtual (OMI)
- Acceso a videoconferencia (opcional)

INDICADORES

- N° interconsultas realizadas
- N° de interconsultas resueltas por interconsulta virtual.
- Tiempo medio de respuesta en minutos.

DURACIÓN

1er. trimestre 2017:
2º trimestre:
3er. trimestre:
4º trimestre:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0954

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MOCTEZUMA VELAZQUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BITRIAN DEL CACHO ANDRES
FRANCIA FRANCO FRANCISCO
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ
PALACIOS DIAZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En octubre y noviembre de 2016 realizamos varias reuniones del grupo de mejora para esquematizar el protocolo de acción. Tras ello, con la falta de personal en el Servicio de radiología para asumir las ecografías preferentes por hematuria, se retrasó en inicio del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el traslado por interinida de la coordinadora (Dra. Carceller) y del otro urólogo del grupo a otros hospitales, se abandonó el Plan de Mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La inestabilidad de plantillas en centro de difícil cobertura, genera que ocurra estas incidencias. Y mucho protocolos, mejoras, etc... quedan sin finalizar sus proyectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/954 ===== ***

Nº de registro: 0954

Título
PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, FRANCIA FRANCO FRANCISCO, TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ, PALACIOS DIAZ VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hematuria es sangre en orina.
Sus causas pueden ser: Infección tracto urinario, litiasis urinaria, HBP, traumatismos, enfermedades nefrológicas, trastornos de la coagulación... y neoformaciones malignas de la vía urinaria (sobretudo tumores vesicales). Por ello, la hematuria no es una enfermedad como tal, sino un signo o síntoma alarma que precisará estudio.
El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario.
El retraso en el diagnóstico y tratamiento de un posible tumor maligno en la vía urinaria, puede generar la detección del mismo en estadios avanzados, disminuyendo las posibilidades de curación.
Existen pruebas diagnósticas no invasivas que ayudan a su diagnóstico temprano: ecografía urológica y la citología de orina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0954

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Con los trámites habituales hasta la fecha, cuando un paciente consulta por hematuria, bien en Atención Primaria o en Urgencias, se solicita consulta especializada en Urología. Si la petición es con carácter "normal" se le cita en aprox. 60-90 días; y si es con carácter "preferente", la primera consulta en Urología se lleva a cabo en aproximadamente 15-30 días.

En esta primera consulta, además de la realización de la Hª clínica, se solicita una citología urinaria y una ecografía urológica con carácter "preferente" ante la sospecha de tumor urotelial.

El Servicio de Radiología tramita esta petición, con tiempos variables según demanda asistencial. Finalmente se remiten los resultados a Urología en una segunda visita.

La implementación de un "protocolo de hematuria" en Atención Primaria y Urgencias, proporcionaría la oportunidad de acortar plazos en el estudio y diagnóstico de hematuria, además de evitar esa primera consulta en Urología meramente burocrática para solicitar los estudios pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

La finalidad de implementar el "protocolo de hematuria" es conseguir que ya desde Atención Primaria o Urgencias, se solicite las primeras pruebas diagnósticas ante un paciente que consulta por sangrado con la micción. Se acordará junto con el Servicio de Radiología la realización de la ecografía urológica en plazos cortos razonables. A la vez el paciente recogerá la citología de orina para su estudio anatomopatológico temprano.

El objetivo fundamental es que un paciente que consulte por hematuria, tenga la primera consulta con Urología en el plazo máximo de 20-25 días con los resultados de las pruebas diagnósticas iniciales, ya realizadas. Así, la probabilidad de retraso en el diagnóstico y tratamiento se reducen considerablemente.

Los resultados que se espera conseguir son:

- Implementar el "protocolo de hematuria" en Atención Primaria y Urgencias.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del "protocolo de hematuria" en un plazo máximo de 5-7 días.
- Acortar tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas y sus resultados en la consulta especializada.
- Facilitar la accesibilidad de los pacientes a la consulta especializada.
- Conocer la incidencia de hematuria en nuestra población e identificar su etiología.

MÉTODO

- Reuniones con todos los miembros del equipo de mejora para unificar criterios.
- Creación conjunta del "protocolo de hematuria" para iniciar el diagnóstico básico y posterior derivación a la consulta especializada.
- Establecer criterios de inclusión y exclusión en el protocolo.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del "protocolo de hematuria" en un plazo máximo de 5-7 días.
- Consensuar junto con el Servicio de Citaciones la consulta de resultados en Urología en el plazo máximo de 5-7 días tras la realización de la ecografía.
- Realización de sesiones informativas en los Centros de Salud y Urgencias.
- Monitorización de tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Monitorización de tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

INDICADORES

- Incidencia de hematuria monosintomática en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.
- Incidencia de tumores uroteliales en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.
- Tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

DURACIÓN

Octubre - Noviembre 2016: reunión del equipo de mejora y esquematización del protocolo de acción.

Diciembre 2016 - Enero 2017: decisión del protocolo definitivo y puesta en marcha.

Junio 2016: reunión para identificar problemas en el funcionamiento del plan de mejora.

Noviembre - Diciembre 2017: recolección de datos y discusión de los mismos.

OBSERVACIONES

En el momento actual faltan 2 Médicos de Atención Primaria por añadirse a este grupo de mejora.

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

*** ===== **